

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ**
**Учреждение образования «Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский университет»**

Кафедра акушерства и гинекологии

ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ

ВИТЕБСК, 2014

УДК 618. 1(07)
ББК 57.157.8я 73
К 44

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии УО «ВГМУ»
Радешкая Л.Е.

доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии УО «ВГМУ»
А.В.Фомин

Киселева, Н.И.

К 44 Острый живот в гинекологии: пособие / Н.И.Киселева. – Витебск: ВГМУ, 2014. – 127 с.

ISBN 978-985-466-697-6

пособие подготовлено на основе типовой учебной программы «Акушерство и гинекология» по специальности 1–79 01 01 «Лечебное дело», утвержденной Министерством образования Республики Беларусь «02» ноября 2011 г., регистрационный № ТД–Л.301/тип и учебной программы «Гинекология» по специальности 1–79 01 01 «Лечебное дело», утвержденной ЦУМС УО «ВГМУ» «30» мая 2012 г., регистрационный № УД–22/р.

В учебном пособии освещены различные аспекты этиологии, патогенеза, классификации, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения гинекологических заболеваний, сопровождающихся клиникой острого живота: эктопическая беременность, апоплексия яичника, перфорация матки, перекрут ножки кисты (кистомы) яичника, некроз миоматозного узла; гнойные воспалительные заболевания органов малого таза, пельвиоперитонит, перитонит. В данном пособии представлены алгоритмы выполнения практических навыков по разделу «Острый живот в гинекологии», даны вопросы для самоконтроля, тестового контроля и ситуационные задачи.

Для студентов старших курсов медицинских вузов, врачей-интернов, клинических ординаторов, аспирантов, врачей акушеров-гинекологов

УДК 618. 1(07)
ББК 57.157.8я 73

Одобрено и утверждено Центральным
учебно-методическим советом
УО «Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский университет»
«19» декабря 2013 г., протокол №10

© Н.И.Киселева
© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2014

ISBN 978-985-466-697-6

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1 Внутренние кровотечения	3
Внематочная (эктопическая беременность)	3
Апоплексия яичника	19
Перфорация матки	23
Глава 2 Нарушение питания опухолей внутренних половых органов	28
Перекрут ножки опухоли яичника	28
Нарушение кровоснабжения миоматозного узла	31
Глава 3 Гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза	35
Глава 4 Пельвиоперитонит и перитонит	53
Пельвиоперитонит	53
Перитонит	55
Глава 5 Острый живот в детской гинекологии	66
Алгоритмы выполнения практических навыков	79
Вопросы для самоконтроля	98
Вопросы для тестового контроля	100
Ситуационные задачи	121
Список основной литературы	127

Термин «острый живот» в гинекологии применяется для обозначения синдрома, развивающегося в результате острой патологии в брюшной полости и проявляющегося внезапно возникшими болями в любом отделе живота, перитонеальными симптомами и выраженными изменениями в состоянии пациентки.

Клиника острого живота в гинекологической практике возникает:

- при заболеваниях, сопровождающихся внутренним кровотечением (эктопическая беременность, апоплексия яичника, перфорация матки);
- при нарушении кровоснабжения опухолей органов малого таза (перекрут ножки кисты (кистомы) яичника, некроз миоматозного узла);
- при заболеваниях, сопровождающихся воспалением органов малого таза (тубоовариальные гнойно-воспалительные образования, пельвиоперитонит, перитонит).

ГЛАВА 1

ВНУТРЕННИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Внематочная (эктопическая) беременность

Внематочная (эктопическая) беременность – это беременность, при которой имплантация плодного яйца происходит вне полости матки.

В настоящее время частота внематочной беременности составляет 1,2–1,4% по отношению к общему числу беременностей и 0,8–2,4% – по отношению к родам. Материнская смертность при эктопической беременности занимает второе место в мире и обусловлена быстро развивающимся внутрибрюшным кровотечением, геморрагическим шоком.

Классификация внематочной беременности основана на локализации плодного яйца. Выделяют:

- трубную беременность (в ампулярном, истмическом или интерстициальном отделе маточной трубы);
- яичниковую беременность (развивается на поверхности яичника или интрафолликулярно);
- брюшную беременность – первичную (имплантация первоначально происходит в брюшной полости) и вторичную (прикрепление плодного яйца в брюшной полости после изгнания его из маточной трубы);
- беременность в рудиментарном роге;
- межсвязочную беременность;
- шейную беременность.

Наиболее частое место эктопической имплантации плодного яйца – фаллопиевы трубы (ампулярная и истмическая часть), более редкие локализации – яичник, рудиментарный рог матки, брюшная полость.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра в разделе «Беременности с абортивным исходом» выделяют следующие формы внематочной беременности:

- О 00.0 – абдоминальная (брюшная) беременность.
- О 00.1 – трубная беременность: беременность в маточной трубе, разрыв маточной трубы вследствие беременности.
- О 00.2 – яичниковая беременность.
- О 00.8 – другие формы внематочной беременности: шеечная, в роге матки, интралигаментарная.
- О 00.9 – неуточненная.

Этиология. Имплантация плодного яйца вне полости матки может происходить вследствие различных патологических процессов, нарушающих транспорт оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе и/или изменяющих свойства самого плодного яйца.

В настоящее время выделяют следующие основные этиологические факторы возникновения внематочной беременности:

1. Воспалительные заболевания внутренних половых органов, вследствие которых нарушается проходимость маточных труб; изменяется нейроэндокринный статус, обеспечивающий нормальную жизнедеятельность яйцеклетки; нарушается стероидогенез в яичниках.

2. Нарушения анатомии и физиологии маточных труб (сужение, удлинение, нарушение сократительной активности), которые могут сформироваться в результате:

- врожденных дефектов маточной трубы;
- доброкачественных опухолей органов малого таза (миома матки, доброкачественные опухоли яичников);
- эндометриоза;
- околотубарных (перитубарных) спаек, возникающих вторично при аппендиците или после операций на органах малого таза и/или брюшной полости;
- реконструктивно-пластических операций на маточных трубах (лечение трубно-перитонеального бесплодия, хирургическая стерилизация, органосохраняющее хирургическое лечение трубной беременности). После сальпинго- и/или овариолизиса частота трубной беременности невысока, так как отсутствуют выраженные нарушения структуры и функции трубы; после фимбриопластики – 12%, так как повреждение эндосальпинкса приводит к формированию непроходимости трубы в ампулярном отделе вследствие «слипания» фимбрий; после неосальпингостомии – почти у каждой четвертой пациентки, что обусловлено грубыми повреждениями дистальных отделов трубы с вовлечением в деструктивный процесс всех слоев ее стенки, вплоть до образования сактосальпинкса;

- генитального инфантилизма, при котором вследствие недостаточной выработки гормонов мышечная оболочка маточных труб теряет тонус, перистальтика замедляется, трубы становятся длинными, извитыми, что приводит к более длительному нахождению оплодотворенной яйцеклетки вне полости матки;

- нарушения синтеза простагландинов.

3. Применение некоторых видов контрацепции. Так, при длительном использовании внутриматочной контрацепции (более 3 лет) происходит исчезновение реснитчатых клеток слизистой оболочки маточных труб, изменяется их перистальтика. При использовании оральных контрацептивов, содержащих прогестагены (мини-пили или «чистые» прогестагены), частота внематочной беременности составляет 2 на 100 женщин/лет, что, возможно, связано с ингибирующим влиянием прогестагенов на слизистую оболочку матки и изменением сократительной активности маточных труб на фоне сохраненной овуляции (последняя сохраняется у 50% пациенток, принимающих мини-пили).

4. Использование индукторов овуляции (кломифен, менопаузальный гонадотропин, хорионический гонадотропин, агонисты гонадолиберина) в программе экстракорпорального оплодотворения, для лечения эндокринного бесплодия.

5. Подсадка эмбриона после экстракорпорального оплодотворения, после которой сокращения миометрия могут привести к выталкиванию бластоцисты в просвет маточной трубы, а спазм устья трубы не позволяет ей вернуться обратно в полость матки.

6. Повышенная биологическая активность плодного яйца, приводящая к ускоренному образованию трофобласта и возможной инвазии, не доходя до полости матки.

7. Трансмиграция яйцеклетки и/или сперматозоидов:

- наружная трансабдоминальная миграция яйцеклетки – переход яйцеклетки через брюшную полость в маточную трубу, противоположную овулировавшему яичнику; возникновение беременности в единственной маточной трубе при наличии у пациентки только контрлатерального яичника;

- трансабдоминальная миграция сперматозоидов – при возникновении маточно-перитонеальной фистулы или реканализации труб после добровольной хирургической стерилизации;

- внутренняя миграция зиготы в маточную трубу из полости матки – ее причинами могут быть «рефлюкс» зиготы в маточную трубу во время искусственной имплантации эмбриона вследствие повышения возбудимости миометрия; запоздалая овуляция, в результате которой в матку попадает несозревшее и не способное к инвазии плодное яйцо.

Патогенез. В норме оплодотворение яйцеклетки происходит в ампулярном отделе маточной трубы. Затем за счет перистальтических, маятникообразных, турбулентных движений трубы, мерцания реснитчатого эпителия эндосальпинкса оплодотворенная яйцеклетка продвигается в полость матки, где происходит имплантация плодного яйца на 20–21-й день 4-х недельного менструального цикла. Нарушение физиологического транспорта оплодотворенной яйцеклетки может привести к имплантации ее вне полости матки.

При трубной беременности внедрение бластоцисты в эндосальпинкс завершается формированием плодовместилища из оболочек маточной трубы, при этом слизистая оболочка покрывает плодное яйцо со стороны просвета трубы, образуя внутреннюю капсулу плодовместилища, а мышечная и серозная оболочки составляют его наружную капсулу.

Прерывание трубной беременности обусловлено неприспособленностью маточных труб к дальнейшему прогрессированию беременности, поскольку эндосальпинкс, в отличие от эндометрия, лишен трубчатых желез и дифференцировки на базальный и функциональный слои; достаточно тонкая мышечная оболочка маточных труб не способна выдержать воздействие прогрессирующего трофобласта, а эктопический трофобласт вследствие высокой пролиферативной активности оказывает разрушительное действие.

Процесс формирования плодовместилища, характер роста трофобласта, а также патогенетические механизмы прерывания трубной беременности в значительной степени определяются морфофункциональными особенностями того отдела маточной трубы, в котором произошла имплантация бластоцисты. Максимальная степень деструкции стенки маточной трубы наблюдается, как правило, в интерстициальном и истмическом отделах и сопровождается разрушением ворсинами хориона всех оболочек. По направлению к дистальному концу трубы степень инвазии трофобласта в мышечную оболочку убывает, ограничиваясь в ампулярном отделе пределами эндосальпинкса.

При истмической локализации плодного яйца перфорация стенки трубы возникает, как правило, через 4–6 недель после оплодотворения.

Интерстициальная беременность может существовать в течение более продолжительного времени (до 10–16 недель) благодаря мощной мышечной оболочке и богатому кровоснабжению этого отдела. Вместе с тем особенности васкуляризации интерстициального отдела, значительно усиленной при беременности, являются причиной массивного кровотечения при его разрыве, что представляет смертельную опасность для пациентки.

В ампулярном отделе трубы глубина инвазивного роста трофобласта ограничивается пределами слизистой оболочки, поэтому плодное яйцо располагается преимущественно в просвете маточной трубы и постепенно

растягивает его. Разрыв стенки трубы в этом отделе нетипичен. Прерывание ампулярной трубной беременности происходит обычно через 4-8 недель по типу трубного аборта.

В редких случаях плодное яйцо, изгнанное из трубы, не погибает, а имплантируется в брюшной полости и продолжает развиваться (вторичная брюшная беременность). Еще реже плодное яйцо имплантируется в брюшной полости первично.

В определенных условиях возможно развитие яичниковой беременности, которая редко существует длительное время и приводит к разрыву плодовместилища, сопровождающемуся значительным кровотечением.

Клиника. Выделяют следующие клинические формы трубной беременности: прогрессирующая и нарушенная (по типу трубного аборта или по типу разрыва трубы).

Прогрессирующая трубная беременность диагностируется редко. Клинические критерии:

- задержка или необычная для пациентки менструация;
- наличие физиологических признаков беременности: извращение вкуса, тошнота, слюнотечение, рвота, нагрубание молочных желез;
- удовлетворительное состояние;
- при осмотре в зеркалах – цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- при бимануальном исследовании – матка грушевидной формы, увеличена в первые 6–7 недель соответственно сроку задержки менструации, размягчение перешейка выражено слабо, можно пропальпировать увеличенную трубу.

Беременность, нарушенная по *типу разрыва трубы*, не представляет диагностических трудностей и характеризуется следующими клиническими признаками:

- острое начало заболевания на фоне общего благополучия;
- задержка очередной менструации от одного дня до нескольких недель;
- резкие боли в нижних отделах живота справа или слева, иррадиирующие в задний проход, под- и надключичную область, плечо, лопатку, подреберье;
- тошнота, рвота, головокружение, вплоть до потери сознания;
- прогрессивное ухудшение общего состояния пациентки, развитие геморрагического шока;
- объективно:
 - пациентка заторможена;
 - кожные покровы и видимые слизистые бледные, конечности холодные;

- дыхание частое, поверхностное;
- тахикардия, пульс слабого наполнения, артериальное давление снижено;

- язык влажный, не обложен, живот несколько вздут, напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует, при пальпации – болезненность, симптомы раздражения брюшины в нижних отделах, особенно на стороне поражения, при перкуссии – притупление в отлогих местах;

- при осмотре в зеркалах: цианоз или бледность слизистой оболочки влагалища и шейки матки;

- при бимануальном исследовании: уплотнение или выпячивание заднего или одного из боковых сводов, матка легко смещается, резко выраженная болезненность.

Диагностика прерывания беременности *по типу трубного аборта* представляет диагностические трудности. Клинические критерии постановки диагноза:

- задержка менструации;
- кровянистые выделения из половых путей скудные, темно-коричневые, появляются после приступа болей, носят упорный характер, не поддаются медикаментозным воздействиям;

- боли в нижних отделах живота – возникают приступообразно без видимой причины на фоне общего благополучия, имеют схваткообразный характер, иррадиируют в задний проход, плечо, лопатку, ключицу, сопровождаются слабостью, головокружением, потемнением в глазах, холодным потом, тошнотой, рвотой, жидким стулом;

- объективно:

- в момент приступа болей – бледность кожных покровов и слизистых оболочек, умеренная тахикардия, нормальное или несколько сниженное артериальное давление, живот мягкий, не вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах на стороне пораженной маточной трубы, отсутствует напряжения мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины;

- после приступа болей – общее состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный при пальпации, отсутствуют признаки раздражения брюшины;

- при осмотре в зеркалах: цианоз слизистой влагалища и шейки матки, темные кровянистые выделения из цервикального канала;

- при бимануальном исследовании: матка увеличена соответственно или меньше предполагаемого срока беременности, при ее смещении отмечается резкая болезненность, в области придатков пальпируется образование колбасовидной или ретортообразной формы с четкими контурами

(гематосальпинкс) или неопределенной формы без четких контуров (перитубарная гематома), ограничено подвижное, болезненное.

Дифференциально-диагностические признаки различных форм внематочной беременности представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Дифференциально-диагностические признаки различных форм внематочной беременности

Клинические признаки	Прогрессирующая внематочная беременность	Трубный выкидыш	Разрыв маточной трубы
Признаки беременности	положительные	положительные	положительные
Общее состояние	удовлетворительное	периодически ухудшается, кратковременные обмороки, длительные периоды удовлетворительного состояния	коллаптоидное состояние, клиника массивной кровопотери, постоянное ухудшение
Боли	отсутствуют	периодически повторяющиеся приступы	возникают внезапно в виде острого приступа
Выделения	отсутствуют	мажущие темнокровянистые, следуют за приступом болей, могут быть части децидуальной оболочки	отсутствуют или небольшие кровянистые
Данные влагалищного исследования	матка меньше срока задержки менструации, рядом с маткой определяется образование вытянутой формы, безболезненное, своды свободные	те же, болезненность при смещении матки, образование без четких границ, уплощение заднего свода	те же, симптом «плавающей» матки, болезненность матки и области придатков пораженной стороны, нависание заднего свода
Наиболее информативные методы исследования	ультразвуковое исследование, лапароскопия, диагностическое выскабливание матки	лапароскопия	пункция заднего свода

Диагностики внематочной беременности.

1. Оценка анамнестических данных.
2. Комплексная оценка клинических симптомов в динамике.
3. Определение признаков беременности.
4. Определение в сыворотке крови или в моче уровня хорионического гонадотропина человека или его β -субъединицы. Скорость повышения уровня хорионического гонадотропина в крови помогает дифференцировать нормальную и патологическую (эктопическую или неразвивающуюся) беременность: при нормальной беременности его содержание в крови удваивается каждые 2 дня в течение первых месяцев беременности, при внематочной беременности – нарастание отсутствует или происходит крайне медленно.

Кроме β -субъединицы, хорионический гонадотропин может существовать в других структурных формах – интактной и модифицированной (гипергликолизированный, расщепленный хорионический гонадотропин, а также β -сердцевинный фрагмент). Во время беременности концентрация интактного хорионического гонадотропина в норме составляет 90% от его общего количества, модифицированного – 10%. При внематочной беременности почти весь хорионический гонадотропин является интактным, содержание модифицированного хорионического гонадотропина очень низкое по сравнению с его уровнем при нормальной беременности. Следовательно, коэффициент отношения модифицированного хорионического гонадотропина к интактному при внематочной беременности намного ниже, чем при физиологической. Этот принцип лежит в основе современных диагностических тестов иммунохроматографического анализа для определения уровня хорионического гонадотропина с целью дифференциальной диагностики физиологической и патологической беременности.

5. Ультразвуковое исследование органов малого таза. В.Н. Демидов и Б.И. Зыкин предложили следующие ультразвуковые критерии диагностики внематочной беременности:

- предварительные (маточные) эхографические признаки:
 - отсутствие маточной беременности (в 99,98%, в 0,02% встречается сочетание маточной и внематочной беременности);
 - незначительное увеличение матки (у 30–60% пациенток);
 - гравидарная гиперплазия эндометрия до 1,2–2,0 см за счет прогестероновой стимуляции (в 50% случаев);
 - ложное плодное яйцо в полости матки (скопление жидкости за счет децидуальной реакции – в 15–20%);
- абсолютные эхографические признаки (точность диагностики 100%):

– эктопически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом. В сомнительных случаях целесообразно оценить частоту сердцебиения – у эмбриона она будет больше, чем у женщины;

- вероятные эхографические признаки (точность диагностики 80-90%):

- вне матки анэхогенное или гипозэхогенное образование с эхопозитивным ободком;

- свободная жидкость в Дугласе, в верхнебоковых отделах живота, содержащая рассеянные эхогенные включения;

- сочетание свободной жидкости с околоматочным образованием, имеющим нечеткие контуры и гетерогенную эхоструктуру;

- возможные (сомнительные) эхографические признаки (точность 20–40%):

- в области придатков матки дополнительное образование любой эхоструктуры с нечеткими или неровными контурами;

- эхонегативное содержимое в Дугласе.

6. Кульдоцентез. Его проводят для выявления свободной крови в брюшной полости при жалобах на острую боль внизу живота в сочетании с патологическим кровотечением, обмороком. Получение жидкой темной крови, которая не сворачивается, не разделяется на фракции при длительном стоянии и центрифугировании, подтверждает наличие трубной беременности. Отсутствие содержимого в шприце, возможное при спайках или при организации сгустков крови, не исключает диагноза внематочной беременности.

7. Лапароскопия. Метод дает возможность визуального осмотра матки, маточных труб и яичников при сомнительном диагнозе. Показанием к выполнению лапароскопии служат «критические» значения концентрации β -субъединицы хорионического гонадотропина в плазме крови при отсутствии ультразвуковых признаков беременности в матке и вне ее.

Противопоказаниями для лапароскопии являются: сердечная и легочная недостаточность; все виды шока; перитонит, кишечная непроходимость; заболевания и состояния, сопровождающиеся нарушением свертывания крови; спаечный процесс в брюшной полости; метеоризм; ожирение; наличие инфекционных заболеваний.

8. Гистологическое исследование эндометрия. Его проведение обосновано в тех клинических ситуациях, когда диагноз «эктопическая беременность» дифференцируется с неполным самопроизвольным абортom и/или дисфункциональным маточным кровотечением. Отсутствие ворсин хориона при наличии децидуальных превращений слизистой оболочки указывает на эктопическую беременность. Дополнительно при изучении мазков можно выявить феномен Ариас-Стелла – наличие атипичных кле-

ток в эндометрии с набуханием, вакуолизацией протоплазмы, гиперхромазией, гипертрофией ядер с фрагментацией, являющихся результатом гормональных изменений при беременности.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с заболеваниями, связанными и не связанными с беременностью.

1. Заболевания, связанные с беременностью: самопроизвольный аборт (начавшийся, неполный и полный), инфицированный аборт, пузырный занос, киста желтого тела при маточной беременности на ранних сроках.

В дифференциальной диагностике учитывают клинические проявления, уровень β -субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке крови, данные ультразвукового исследования.

При самопроизвольном нарушении маточной беременности боль имеет схваткообразный характер, ощущается внизу живота и в крестце; кровянистые выделения яркие, более обильные, часто со сгустками; степень анемизации адекватна наружному кровотечению; наружный зев шейки матки приоткрыт, наблюдается отхождение плацентарной ткани, характеризующейся наличием ворсинок, хорошо видимых невооруженным глазом; матка увеличена соответственно сроку задержки менструации, имеет шарообразную форму (таблица 2).

2. Заболевания, не связанные с беременностью: острый сальпингит, острый аппендицит, перекрут ножки опухоли яичника, апоплексия яичника, инфекция мочевых путей, почечная колика.

Общность симптомов трубного аборта при внематочной беременности и обострившегося воспаления придатков матки часто создает трудности в диагностике. Правильный диагноз может быть поставлен на основании тщательного изучения анамнеза, внимательного обследования пациентки, а также наблюдения за ней в динамике в условиях стационара с применением дополнительных методов исследования.

При обострении воспалительного процесса придатков матки задержки менструаций нет, отсутствуют признаки беременности и внутреннего кровотечения; биологические и серологические реакции на беременность отрицательные; в общем анализе крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная скорость оседания эритроцитов, показатели красной крови соответствуют норме; температура тела повышена. Боль носит постоянный характер и ощущается в месте локализации процесса; живот напряжен, болезненный с обеих сторон; кровянистые выделения из половых путей отмечаются в редких случаях, яркие; при гинекологическом исследовании определяется матка нормальной величины, плотная, придатки матки (чаще с двух сторон) утолщены, болезненны при пальпации, сво-ды свободные, глубокие.

Таблица 2 – Дифференциальная диагностика внематочной беременности

Диагностические критерии	Нозологические формы							
	Внематочная беременность	Нарушенная маточная беременность	Острый аднексит	Апоплексия яичника		Перекрут ножки опухоли яичника или фиброматозного узла	Острый аппендицит	Мочекаменистая болезнь
				анемическая форма	болевая форма			
Анамнез, жалобы	Аменорея 6-8 недель, субъективные признаки беременности, мажущие кровянистые выделения из половых путей	Аменорея различной длительности, признаки беременности. Кровотечение из половых путей различной интенсивности, со сгустками	Подострое начало, нарастающая боль часто после внутриматочных вмешательств, менструации	Обмороки, слабость, головокружение, позывы на дефекацию	Острая боль внизу живота, тошнота, рвота	Внезапная боль в нижней части живота (в анамнезе – опухоль яичника или фиброматозный узел)	Постепенно начинающаяся боль в правой подвздошной области	Острая боль в пояснице, внизу живота с иррадиацией в половые органы
Температура тела	Нормальная или субфебрильная	Нормальная или субфебрильная	Субфебрильная или выше 39°	Нормальная или субфебрильная	Нормальная или субфебрильная	Субфебрильная	Ректальная выше аксиллярной	Нормальная или субфебрильная
Данные наружной пальпации живота	Признаки острого живота	Незначительная боль в нижней части живота, отсутствие признаков раздражения брюшины	Двусторонняя боль, усиливающаяся при глубокой пальпации	Вздутие, умеренная болезненность	Признаки острого живота	Прогрессирующая боль, напряжение передней брюшной стенки	Выраженное напряжение мышц, резкая болезненность в правой подвздошной области	Односторонняя боль при давлении, иррадирует в наружные половые органы
Вагинальное и ректальное исследование	Матка меньше предполагаемого срока беременности,	Матка увеличена соответственно сроку задержки менструации, ша-	Матка не изменена, определяются резко болезненные придатки	Матка нормальных размеров, пальпация придатков	Пальпация затруднена ввиду резкой болевой реакции на	Резко болезненное образование сбоку от матки или в заднем своде	Боль при ректальном исследовании, внутренние поло-	Изменения в половых органах не выявляются

	сбоку от нее – вытянутое образование, болезненное при пальпации	ровидной формы		резко болезненная	смещение шейки матки		выше органы безболезненны	
Исследование гемоглобина, гематокрита	Снижены или быстро снижаются в динамике	Степень анемизации соответствует величине наружного кровотечения	В норме	Степень анемизации соответствует кол-ву крови, излившейся в брюшную полость	Степень анемизации соответствует кол-ву крови, излившейся в брюшную полость	В норме	В норме	В норме
Тесты на беременность	+ или сомнительные	+	-	-	-	-	-	-
Лейкоцитарная формула	В норме или незначительный лейкоцитоз	В норме	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево	В норме	В норме	В динамике лейкоцитоз	Выраженный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево	В норме
Ультразвуковое исследование	Не всегда убедительно, свободная жидкость в брюшной полости	Плодное яйцо или его остатки в матке	Увеличенные придатки, иногда пиосальпинкс	Свободная жидкость в брюшной полости	Свободная жидкость в брюшной полости	Опухоль сбоку от матки	-	-
Пункция заднего свода влагалища	Кровь со сгустками	-	Гной или серозная жидкость	Кровь со сгустками	Кровь или серозно-геморрагическая жидкость	Серозная жидкость	-	-
Диагностическое выскабливание матки	Децидуальная ткань без элементов хориона	Остатки плодного яйца	Неизменный эндометрий	-	-	Неизменный эндометрий	Неизменный эндометрий	-

Апоплексия яичника, как и трубный аборт, может сопровождаться внутрибрюшным кровотечением. В диагностике помогают тщательно собранный анамнез и данные объективного обследования. У пациенток с апоплексией яичника нет задержки менструации, отсутствуют признаки беременности, кровянистые выделения из половых путей, прослеживается зависимость начала заболевания от фазы менструального цикла (обычно в дни, близкие к овуляции), в моче не определяется хорионический гонадотропин.

Дифференцировать прервавшуюся трубную беременность по типу трубного аборта с перекрутом ножки опухоли яичника можно на основании данных анамнеза, в котором имеются указания на наличие опухоли или кисты яичника, отсутствуют задержка менструации, признаки беременности; клинической картины – острое начало, боль в правой или в левой подвздошной областях, тошнота, рвота, положительные симптомы раздражения брюшины, отсутствуют признаки внутреннего кровотечения; вагинального исследования – матка нормальных размеров, в области придатков пальпируется круглое эластической консистенции болезненное образование, своды свободные; анализы крови – лейкоцитоз, повышенная скорость оседания эритроцитов.

Нарушению питания субсерозной миомы матки сопутствует болевой симптом, возникающий остро, без признаков внутреннего кровотечения. Уточнению диагноза помогают данные анамнеза (указание на миому матки), ультразвукового исследования (визуализация субсерозного узла с признаками дегенерации), общего анализа крови – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение скорости оседания эритроцитов. Кровянистые выделения из половых путей, задержка менструации для этой патологии не характерны.

Отличить внематочную беременность от аппендицита можно по следующим критериям: при аппендиците отсутствуют признаки беременности, кровянистые выделения из половых путей; пациентка предъявляет жалобы на тошноту, рвоту, боль в правой подвздошной области, умеренное повышение температуры тела; при пальпации живота отмечается болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина – Блюмберга, Ровзинга; при вагинальном исследовании матка нормальных размеров, плотная, безболезненная, придатки не определяются, своды свободны; наблюдаются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная скорость оседания эритроцитов.

Алгоритм дифференциальной диагностики эктопической беременности:

1. Опрос пациентки, при любом нарушении менструального цикла (несвоевременное наступление менструации, межменструальные кровяни-

стые выделения, болевой синдром) – определение содержания хорионического гонадотропина в крови.

2. При наличии положительного анализа на хорионический гонадотропин сопоставить концентрацию этого гормона с соответствующим нормативным показателем для данного срока физиологической беременности.

3. При несоответствии концентрации хорионического гонадотропина сроку беременности провести ультразвуковое исследование для обнаружения плодного яйца.

4. Наличие тубоовариального образования или новообразования в брюшной полости, положительная реакция на хорионический гонадотропин с высокой степенью достоверности (не менее 99%) свидетельствует об эктопической беременности.

5. При отрицательном результате ультразвукового исследования и положительной реакции на хорионический гонадотропин провести повторное количественное определение концентрации хорионического гонадотропина в крови пациентки через 2–3 дня. Отсутствие динамики или незначительное увеличение концентрации этого гормона следует расценивать как дополнительное подтверждение наличия внематочной беременности. Следует повторить ультразвуковое исследование с целью визуализации плодного яйца.

6. При наличии отрицательной реакции на хорионический гонадотропин (концентрация менее 10 МЕ/л) диагноз «беременность» поставлен быть не может. Концентрация хорионического гонадотропина от 10 до 20 МЕ/л должна расцениваться как «сомнительная реакция», анализ целесообразно повторить через 5–7 дней.

Лечение внематочной беременности. В настоящее время применяют оперативные и консервативные методы лечения внематочной беременности. В нашей стране применяется комплексный подход к лечению данной патологии, который включает оперативное лечение, борьбу с кровотечением, геморрагическим шоком, рациональное ведение послеоперационного периода, реабилитацию репродуктивной функции.

Операции, применяемые при внематочной беременности, могут быть выполнены лапаротомическим и лапароскопическим способом. К преимуществам лапароскопических методик относятся: сокращение продолжительности операции, послеоперационного периода, времени пребывания в стационаре; уменьшение количества рубцовых изменений передней брюшной стенки; лучший косметический эффект.

Показаниями к хирургической лапароскопии у пациенток с внематочной беременностью являются: прогрессирующая трубная, яичниковая беременность, нарушенная трубная (трубный аборт, разрыв маточной трубы в ампулярном или истмическом отделе), яичниковая беременность при

стабильной гемодинамике; противопоказаниями – локализация плодного яйца в рудиментарном роге матки, шейке матки, интерстициальном отделе маточной трубы, гемоперитонеум более 700–1000 мл, размеры плодного яйца более 6–8 см в диаметре, выраженный спаечный процесс.

В настоящее время оптимальным методом лечения внематочной беременности считается сальпингэктомия (одностороннее удаление маточной трубы).

В некоторых случаях возможно сохранение маточной трубы. Показаниями для органосохраняющих операций при трубной беременности являются: отсутствие одной маточной трубы (например, после перенесенной в прошлом операции по поводу внематочной беременности), неполноценность второй трубы, бесплодие, возраст моложе 35 лет, заинтересованность пациентки в сохранении репродуктивной функции.

При наличии показаний органосберегающие операции могут быть выполнены при соблюдении определенных условий: удовлетворительное общее состояние пациентки с компенсированной кровопотерей в момент хирургического вмешательства; состояние здоровья пациентки, не препятствующее в будущем доношиванию беременности и родам; минимальные изменения маточной трубы; достаточная квалификация хирурга; наличие необходимого инструментария и шовного материала.

При прогрессирующей трубной беременности применяются следующие операции:

- выдавливание (milking) – при локализации плодного яйца в ампулярном отделе трубы;
- сальпинготомия – выполняется при расположении плодместилища в ампулярном или истмическом отделах трубы. Проводится продольное рассечение стенки маточной трубы над плодместилищем с последующим удалением плодного яйца. Разрез, как правило, не ушивают;
- сегментарная резекция маточной трубы, при которой удаляют сегмент трубы, несущий плодное яйцо, после чего выполняют анастомоз двух концов трубы.

Консервативные методы лечения эктопической беременности.

Считается, что медикаментозная терапия эктопической беременности достаточно перспективна. Однако данный метод не получил широкого распространения, в частности, в связи с низкой частотой своевременной диагностики прогрессирующей трубной беременности.

В большинстве случаев при консервативном ведении пациенток с внематочной беременностью используют метотрексат, реже – хлорид калия, гипертонический раствор глюкозы, препараты простагландинов, мифепристон. Лекарственные препараты применяют парентерально и местно (вводят в маточную трубу через боковой свод влагалища под контролем

ультразвукового исследования, при лапароскопии или трансцервикальной катетеризации маточной трубы).

Метотрексат – противоопухолевое средство группы антиметаболитов. При внематочной беременности препарат вводят в низких дозах, не вызывающих тяжелых побочных реакций (лейкопения, тромбоцитопения, апластическая анемия, язвенный стоматит, диарея, геморрагический энтерит, алоpecia, дерматит, повышение активности печеночных ферментов, гепатит, пневмония). Если планируется несколько инъекций метотрексата, назначают его антидот – фолинат кальция.

Метотрексат применяют по 1 мг/кг/сутки внутримышечно через день, фолинат кальция – по 0,1 мг/кг/сутки внутримышечно через день, начиная со 2-го дня лечения. Введение метотрексата прекращают, когда уровень β -субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке крови снижается на 15% в сутки. Фолинат кальция вводят последний раз на следующий день после отмены метотрексата. По окончании лечения по указанной схеме содержание β -субъединицы хорионического гонадотропина определяют еженедельно до его нормализации. Если этот показатель перестал снижаться или отмечается его повышение, метотрексат назначают повторно. Эффективность лечения по указанной схеме составляет 96%.

Условия применения метотрексата: прогрессирование трубной беременности, размер плодного яйца не более 2–4 см.

Показания для назначения метотрексата включают:

- повышенный уровень β -субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке крови после органосохраняющей операции на маточной трубе, выполненной по поводу внематочной беременности;
- стабилизацию или повышение содержания β -субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке крови в течение 12–24 ч после раздельного диагностического выскабливания или вакуум-аспирации, если размер плодного яйца в области придатков матки не превышает 3,5 см;
- определение при трансвагинальном ультразвуковом исследовании плодного яйца в области придатков матки диаметром не более 3,5 см при уровне β -субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке крови более 2000 МЕ/л при отсутствии плодного яйца или скопления жидкости в полости матки.

Пациентку наблюдают в стационаре. При выраженной длительной боли внизу живота регулярно определяют показатели гемодинамики, гематокрит, производят трансвагинальное ультразвуковое исследование, которое позволяет уточнить, не произошел ли разрыв трубы. Оценивать результаты ультразвукового исследования при внематочной беременности следует осторожно, поскольку скопление жидкости в прямокишечно-маточном углублении наблюдается как при развивающейся, так и при пре-

рвавшейся эктопической беременности. При быстром снижении гематокрита или нарушениях гемодинамики показано хирургическое лечение. После терапии метотрексатом рекомендуется применение контрацепции в течение 3 месяцев.

Апоплексия яичника

Апоплексия яичника – остро наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость.

Апоплексия яичника чаще возникает у женщин репродуктивного возраста, но иногда встречается и в подростковом возрасте. В структуре острых гинекологических заболеваний занимает третье место, составляя 17%. Среди пациенток, оперированных по поводу внутрибрюшного кровотечения, на долю данной патологии приходится 0,5–2,5%.

Классификация. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра выделяют следующие формы апоплексии яичника:

N 83.0 – геморрагическая фолликулярная киста яичника.

N 83.1 – геморрагическая киста желтого тела.

В зависимости от клинической картины различают 3 формы заболевания:

- болевую, для которой характерен болевой синдром, сопровождающийся тошнотой, повышением температуры тела;
- анемическую, при которой преобладают симптомы внутреннего кровотечения;
- смешанную, характеризующуюся сочетанием признаков первых двух форм.

Клинические формы апоплексии яичника классифицируют также по трем степеням тяжести заболевания, определяемым величиной кровопотери, характером и выраженностью патологических симптомов:

- легкая – кровопотеря 100–150 мл;
- средняя – кровопотеря 150–500 мл;
- тяжелая – кровопотеря более 500 мл.

Этиология. Апоплексия яичника может быть вызвана экзогенными (бурное половое сношение, верховая езда, травма живота, влагалищное исследование, оперативное вмешательство, клизма) и эндогенными (неправильное положение матки; сдавление сосудов, приводящее к нарушению кровоснабжения яичника; спаечные и воспалительные процессы в малом тазу) причинами. У части пациенток разрыв яичника может возникнуть в состоянии покоя или во время сна.

Риск возникновения кровотечений из яичника увеличивается у женщин, длительное время принимающих антикоагулянты.

Патогенез. Апоплексия яичника возникает вследствие изменений в сосудах и тканях яичника, которым способствуют застойная гиперемия, варикозно-расширенные и склерозированные сосуды, воспалительные процессы, мелкокистозные изменения яичников. К апоплексии яичника может приводить также значительное увеличение уровня гонадотропных гормонов гипофиза во время овуляции и перед менструацией.

Кровотечению из яичника предшествует образование гематомы, которая вызывает резкие боли вследствие нарастания внутриовариального давления, затем наступает разрыв ткани яичника.

Апоплексия яичника может происходить в разные фазы менструального цикла: реже – в I фазу, когда фолликулы находятся в стадии созревания и бедны сосудами, чаще – в период овуляции, в стадии васкуляризации и расцвета желтого тела.

Клиническая картина анемической формы апоплексии яичника:

- острые боли внизу живота, иррадиирующие в задний проход, наружные половые органы, крестец, во второй половине или в середине менструального цикла;
- слабость, головокружение, иногда рвота, холодный пот, обморочное состояние;
- объективно: бледность кожных покровов и слизистых оболочек, учащение пульса при нормальной температуре, снижение артериального давления; напряжение и болезненность внизу живота, положительные симптомы раздражения брюшины, притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости;
- при специальном гинекологическом исследовании: выраженный симптом «зрчка», нормальных размеров плотная матка, увеличение и резкая болезненность придатков матки на стороне поражения, нависание сводов влагалища, их резкая болезненность; болезненность при смещении шейки матки;
- в общем анализе крови – снижение количества эритроцитов, гемоглобина.

Клиническая картина болевой формы апоплексии яичника:

- острые боли внизу живота;
- тошнота, рвота;
- нормальная температура тела;
- отсутствуют признаки внутреннего кровотечения;
- живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах, там же определяются умеренно выраженные симптомы раздражения брюшины;

- при бимануальном исследовании: матка нормальных размеров, при ее смещении отмечается болезненность; яичник увеличенный, круглый, болезненный; своды влагалища глубокие.

Диагностика апоплексии яичника проводится на основании данных:

- анамнеза;
- клинической картины;
- осмотра;
- лабораторного исследования – анемия, снижение гематокрита, умеренный лейкоцитоз без выраженного сдвига нейтрофилов;

- ультразвукового исследования – пораженный яичник нормальных размеров или несколько увеличен; на фоне нормального фолликулярного аппарата визуализируется жидкостное включение гипоехогенной или неоднородной структуры, диаметр которого не превышает размер преовуляторного фолликула; в позадиматочном пространстве – свободная жидкость в различном количестве;

- кульдоцентеза – кровь не сворачивается, разделяется на две фракции: эритроциты и серозная жидкость;

- лапароскопии – в малом тазу кровь, возможно, со сгустками; матка не увеличена, ее серозный покров розовый; в маточных трубах признаки хронического воспалительного процесса; поврежденный яичник нормальных размеров или увеличен, при разрыве кисты (фолликулярная, желтого тела) – багрового цвета; по краю яичника или кисты разрыв до 1,5 см, кровотокающий или прикрытый сгустками.

Апоплексию яичника необходимо *дифференцировать*:

- с нарушенной трубной беременностью;
- с острым аппендицитом;
- с перекрутом ножки кисты яичника;
- с кишечной непроходимостью;
- с перфоративной язвой желудка;
- с острым панкреатитом;
- с почечной коликой;
- с пиосальпинксом.

Анемическую форму заболевания часто принимают за нарушенную внематочную беременность. В дифференциальной диагностике помогают: отсутствие задержки менструации, субъективных и объективных признаков беременности, отрицательный тест на хорионический гонадотропин, данные ультразвукового исследования, лапароскопия.

Апоплексию яичника можно дифференцировать с острым аппендицитом по следующим признакам:

- при аппендиците отсутствует связь с фазами менструального цикла;

- боль начинается в эпигастральной области и спускается в правую подвздошную область;
- тошнота и рвота носят упорный характер;
- температура тела повышена;
- резкая болезненность в точке Мак-Бурнея и другие положительные симптомы аппендицита;
- значительное напряжение мышц брюшной стенки правой подвздошной области;
- отсутствие патологии матки и придатков при специальном гинекологическом исследовании;
- в общем анализе крови – нарастающий лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом формулы влево.

Лечение апоплексии яичника зависит от степени внутрибрюшного кровотечения. Анемическая форма заболевания требует хирургического лечения, болевую форму патологии без клинических признаков нарастающего внутреннего кровотечения можно лечить консервативно в стационаре под круглосуточным наблюдением медицинского персонала. В случае ухудшения общего состояния, появления объективных признаков внутреннего кровотечения или нарастания анемии показано оперативное лечение.

Консервативное лечение включает: покой, холод на низ живота, лекарственные средства гемостатического действия (этамзилат 2 мл внутримышечно 2–4 раза в сутки), спазмолитики (дротаверин 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки), витамины (аскорбиновая кислота 5% 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки или внутривенно в разведении с раствором глюкозы 40% 10 мл, витамин В₁ 1 мл внутримышечно 1 раз через день, витамин В₆ 1 мл внутримышечно 1 раз через день, витамин В₁₂ 200 мкг внутримышечно 1 раз через день).

У пациенток, страдающих заболеваниями крови с нарушением гемостаза (аутоиммунная тромбоцитопения, болезнь Виллебранда), лечение следует проводить консервативными методами. После консультации гематолога проводят специфическую терапию основного заболевания: кортикостероиды, иммунодепрессанты (при аутоиммунной тромбоцитопении), инфузия криопреципитата или антигемофильной плазмы (при болезни Виллебранда), этамзилат (в обоих случаях). При массивном внутрибрюшном кровотечении и кровоизлиянии в яичник иногда для надежного гемостаза прибегают к удалению яичника.

Оперативное лечение пациенток с апоплексией яичника осуществляют лапароскопическим или лапаротомным доступом. Объем операции определяется характером и степенью распространенности патологического процесса, в репродуктивном возрасте пациенток – дальнейшими их планами деторождения.

Операцию выполняют максимально консервативно. Во время лапароскопии с целью гемостаза проводят ушивание или коагуляцию яичника (реже – резекцию яичника), удаляют сгустки крови.

В случае разрыва желтого тела беременности его ушивают, не производя резекцию, иначе беременность может прерваться. При массивном кровоизлиянии, полностью поражающем ткани яичника, при сочетании с другой патологией придатков (перекрут ножки кисты, маточной трубы с выраженным нарушением кровообращения) яичник удаляют.

Перфорация матки

Перфорация матки (от лат. perforatio; «пробуравливание»; синоним – прободение) – ятрогенное заболевание, характеризующееся возникновением дефекта в матке. Ее диагностируют вследствие внутриматочных вмешательств у 1% пациенток, при этом у 0,7% – как следствие искусственного аборта, диагностического выскабливания, гистероскопии, у 0,3% – как следствие введения внутриматочного контрацептива.

Классификация. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра выделяют следующие формы данной патологии:

О 71.5 – перфорация матки как акушерская травма.

О 08.6 – перфорация матки, связанная с абортom.

Т 83.3 – перфорация матки внутриматочным противозачаточным средством.

Перфорация матки может быть:

- полная – повреждается вся стенка матки:
 - неосложненная – без повреждения органов малого таза и брюшной полости;
 - осложненная – с травмами кишечника, сальника, мочевого пузыря, придатков матки и других органов;
- неполная – серозная оболочка матки остается неповрежденной.

Этиология. Главной причиной перфорации матки является нарушение техники проведения внутриматочного оперативного вмешательства:

- диагностического выскабливания полости матки;
- медицинского аборта;
- выскабливания полости матки по поводу неразвивающейся беременности, самопроизвольного выкидыша;
- гистероскопии;
- введения внутриматочной спирали.

Факторами риска возникновения перфорации матки могут быть:

- острый и хронический эндометрит;
- рубец на матке после оперативных вмешательств;
- многочисленные и недавние (до 6 месяцев) операции на матке;

• проведение искусственного аборта после 12 недель беременности;

- гипоплазия матки;
- миома матки;
- возрастные изменения матки, возникающие в постменопаузе;
- выраженная ретроверсия матки;
- рак эндометрия.

Патогенез. Повреждающим фактором при перфорации матки становится медицинский инструмент или приспособление (например, внутриматочная спираль). Самыми опасными являются повреждения, нанесенные кюреткой и абортцангом, так как эти инструменты имеют острые края, и перфорация часто осложняется повреждением других внутренних органов. Расширитель Гегара имеет закругленный конец, поэтому вероятность повреждения внутренних органов минимальна.

Перфорация матки может происходить на любом этапе операции: зондирование матки, расширение цервикального канала, опорожнение полости.

Клиническая картина. Симптомами перфорации матки являются:

- резкая боль в нижней части живота;
- мажущие кровянистые выделения из влагалища;
- слабость, головокружение;
- повышение температуры тела;
- снижение артериального давления;
- бледность кожи;
- тахикардия.

Если перфорация неполная или отверстие прикрыто каким-либо органом малого таза или брюшной полости, клиническая картина может быть стертой: признаки патологии выражены слабо или практически отсутствуют.

Перфорации, произведенные маточным зондом, не сопровождаются обильным кровотечением и травмами смежных органов, поэтому представляют наименьшую опасность.

При перфорации расширителями Гегара перфорационное отверстие локализуется в надвлагалищной части шейки матки, перешейке и в нижнем отделе матки, часто наблюдаются внутрибрюшное кровотечение или гематома между листками широкой связки матки.

Перфорации кюреткой и абортцангом являются наиболее опасными, так как перфорационное отверстие располагается в верхней части матки, может иметь значительные размеры, сопровождаться обильным внутрибрюшным кровотечением, травматизацией органов брюшной полости.

Диагностика перфорации матки основана:

- на анамнезе заболевания (наличие факта установки внутриматочной спирали или проведение выскабливания полости матки);
- жалобах пациентки;
- анамнезе жизни (возраст);
- акушерско-гинекологическом анамнезе: частые или недавние выскабливания полости матки, рубец на матке после операции, миома матки, перенесенные воспалительные заболевания матки, рак матки, патология положения матки;
- данных осмотра:
 - бледность кожных покровов, холодный пот, тахикардия, снижение артериального давления, напряжение передней брюшной стенки при пальпации;
 - при проведении выскабливания полости матки инструмент внезапно уходит на большую глубину, не встречая сопротивления стенки матки;
 - при осмотре в зеркалах в случае перфорации матки внутриматочной спиралью не видны ее нити в шейке матки; при их наличии попытка ее удаления становится невозможной;
 - при перфорации матки во время проведения гистероскопии расширитель гистероскопа входит на большую глубину, которая превышает глубину полости матки по зонду; не удается поддерживать нужное давление в полости матки при исследовании; могут быть видны петли кишечника или брюшина;
- данных дополнительных методов исследования:
 - ультразвукового исследования органов малого таза: в малом тазу визуализируется свободная жидкость; можно определить положение внутриматочной спирали;
 - гистероскопии, позволяющей определить наличие и положение в полости матки внутриматочной спирали;
 - лапароскопии, которая дает возможность выявить повреждения органов брюшной полости.

Лечение. Во всех случаях перфорации матки или при подозрении на нее показана немедленная госпитализация пациентки в гинекологический стационар. На догоспитальном этапе обязательны: холод на низ живота, инфузионная терапия (объем и компоненты зависят от общего состояния пациентки).

При перфорации матки маточным зондом, а также в случае отсутствия клинических (тахикардия, снижение артериального давления, симптомы раздражения брюшины) и ультразвуковых признаков внутреннего кровотечения возможна выжидательная тактика: холод на низ живота, сокра-

щающие матку лекарственные средства, динамическое наблюдение, ультразвуковой контроль.

При перфорации матки во время проведения аборта расширителем Гегара большого размера, абортцангом или кюреткой во всех случаях показано хирургическое лечение лапароскопическим или лапаротомическим доступом.

Объем оперативного вмешательства:

- при небольшом размере отверстия в стенке матки – ушивание дефекта после иссечения его краев;
- при множественных, обширных повреждениях с выраженным кровотечением – ампутация или экстирпация матки;
- при обнаружении на лапароскопии повреждений органов брюшной полости – лапаротомия, консультация хирурга и/или уролога в зависимости от локализации повреждения.

При проникновении внутриматочного контрацептива в брюшную полость необходимо удалить его хирургическим путем, так как длительное пребывание внутриматочного контрацептива в брюшной полости приводит к пролежням, развитию воспалительного и спаечного процесса, кишечной непроходимости. Во время операции тщательно осматривают матку и в зависимости от обнаруженных изменений решают вопрос об объеме оперативного вмешательства. Некротические и воспалительные изменения стенки матки являются показанием к ее удалению. В послеоперационном периоде показана превентивная антибактериальная терапия.

Осложнения и последствия перфорации матки:

- кровотечение;
- прободение соседних органов – кишечника, сальника, яичников, мочевого пузыря;
- перитонит;
- гематома в соседних органах (например, в тазовых связках);
- летальный исход.

Профилактика перфорации матки включает:

- планирование беременности с целью исключения нежелательных беременностей и предотвращения абортот;
 - учет отягощенного анамнеза (частые аборты, рубцы на матке после операций, преклонный возраст, злокачественные опухоли матки и др.) при проведении выскабливания полости матки;
 - соблюдение правил проведения внутриматочных операций:
 - предварительное бимануальное исследование матки для определения ее размеров и положения в малом тазу;
 - использование зонда для предварительного определения длины матки;

- проведение искусственного аборта на сроке до 12 недель беременности;
- наложение пулевых шипцов на шейку матки для выпрямления угла между телом матки и ее шейкой;
- бережное расширение шейечного канала;
- адекватное обезболивание операции;
- соблюдение правил введения внутриматочной спирали, регулярное посещение врача гинеколога после ее постановки.

ГЛАВА 2

НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Перекрыт ножки опухоли яичника

Перекрыт ножки опухоли – патология, которая сопровождается нарушением кровоснабжения опухоли или опухолевидного образования яичника. В структуре острых гинекологических заболеваний встречается редко (7%).

Анатомическая ножка опухоли состоит из растянутой подвешивающей связки яичника (воронкотазовой связки), собственной связки яичника и мезовария. В ножке образования яичника проходят кровеносные сосуды, питающие опухоль (яичниковая артерия, анастомоз ее с маточной артерией), лимфатические сосуды и нервы.

В хирургическую ножку, помимо анатомической, входит перерастянутая маточная труба.

Классификация. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра выделяют код N 83.5 – перекручивание яичника, ножки яичника и маточной трубы.

Перекрыт ножки опухоли яичника может быть полным (360° и более) или неполным (до 360°).

Этиология. Причиной перекрыта является наличие опухоли или опухолевидного образования яичника на ножке. Этой патологии могут быть подвержены опухоли различной гистологической структуры (эпителиальные, стромы полового тяжа, тератомы), не спаянные с соседними органами и имеющие выраженную ножку, но чаще – подвижные дермоидные кисты, реже – параовариальные кисты, фибромы и кистомы яичника.

Перекрыт ножки опухоли яичника связан с резкими движениями, переменой положения тела, физическим напряжением, усиленной перистальтикой кишечника, переполнением мочевого пузыря, переходом кисты из малого таза в брюшную полость, длинной подвижной ножкой кисты.

Это осложнение чаще возникает у девочек, девушек и молодых женщин. Нередко перекрыт ножки опухоли яичника происходит во время беременности или в послеродовом периоде.

Патогенез. В результате перекрыта изменения наблюдаются в ветвях маточной артерии, питающей яичник, в яичниковой артерии вместе с сопровождающими их венами. В опухоли нарушается кровообращение, затем возникает некроз, асептическое воспаление, распространяющееся на брюшину.

Клиническая картина. Выраженность клинических проявлений заболевания определяется степенью перекрута (полный или неполный).

Для полного перекрута ножки опухоли яичника характерна клиническая картина острого живота:

- внезапное возникновение резких болей внизу живота, сопровождающихся тошнотой, рвотой;
- напряжение передней брюшной стенки;
- положительный симптом Щеткина–Блюмберга;
- парез кишечника;
- задержка стула, реже диарея;
- повышенная температура тела;
- частый пульс;
- бледность кожи и слизистых оболочек;
- холодный пот.

При влагалищном исследовании обнаруживают опухоль в области придатков матки тугоэластической консистенции; попытки ее смещения вызывают резкую боль; размеры увеличены (можно выявить только при динамическом наблюдении врача).

Трудности в диагностике возникают при частичном перекруте ножки опухоли яичника, а также у беременных и девочек вследствие менее выраженной клинической картины.

Диагностика. Диагноз перекрута ножки опухоли или опухолевидного образования яичника ставят на основании:

- характерных жалоб пациентки;
 - данных анамнеза;
 - результатов объективного обследования;
 - результатов дополнительных методов исследования:
- общий анализ крови – лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение скорости оседания эритроцитов;
- ультразвуковое исследование органов малого таза – наличие опухоли в яичнике с несколько размытыми контурами, с утолщенной капсулой;
- лапароскопия – определяется образование синюшно-багрового цвета, размерами не более 6–10 см, внешний вид которого обусловлен степенью перекрута опухоли (частичный или полный), жесткостью перекрута (степень сдавления вен и артерий), временем, прошедшим с момента нарушения кровообращения до оперативного вмешательства, видом опухоли.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с нарушенной внематочной беременностью, воспалением придатков матки, апоплексией яичника, нарушением питания миоматозного узла, острым аппендицитом, почечной коликой, острой кишечной непроходимостью.

Для внематочной беременности характерны:

- задержка менструации, наличие признаков беременности;
- клиническая картина внутреннего кровотечения, а не раздражения брюшины;
- острые, сильные боли, иррадиирующие в область прямой кишки и наружных половых органов, в плечо и ключицу (френикус-симптом), при разрыве трубы, схваткообразные – при трубном аборте;
- темные кровянистые выделения из половых путей;
- положительная реакция на хорионический гонадотропин.

Тубоовариальные абсцессы или сальпингиты характеризуются билатеральной болезненностью придатков матки; более выраженной лихорадкой и лейкоцитозом; гнойными выделениями из половых путей; обнаружением гноя или серозной жидкости в пунктате из брюшной полости.

Апоплексия яичника чаще наблюдается в середине менструального цикла или во II фазе цикла; клиническая картина мало чем отличается от симптоматики внематочной беременности.

При мочекаменной болезни в области малого таза не обнаруживают опухолевидных образований, в общем анализе мочи определяются эритроциты. При почечной колике боли иррадиируют, как правило, вниз, отмечаются дизурические расстройства, болезненность при поколачивании поясничной области. Эффективной диагностической процедурой является экскреторная пиелография.

При проведении дифференциальной диагностики перекрута ножки опухоли правого яичника и острого аппендицита следует принимать во внимание, что при остром аппендиците боли обычно начинаются в эпигастриальной области; аппендикулярные симптомы (Ровзинга, Ситковского и др.) положительные; при влагалищном исследовании патологических изменений со стороны матки и придатков нет.

При острой кишечной непроходимости имеют место схваткообразные боли в животе, задержка стула и газов, метеоризм, частый, опережающий температуру, пульс, сухой язык. Клинический диагноз подтверждается при рентгенологическом обследовании пациентки (горизонтальные уровни жидкости в раздутых кишечных петлях).

При наличии опухолевидных образований в области придатков матки, сопровождающихся болями, явлениями острого живота или в случае неясного диагноза для уточнения характера заболевания необходимо проводить лапароскопию или лапаротомию.

Лечение. При подозрении на перекрут ножки опухоли яичника пациентка должна быть госпитализирована в гинекологический стационар в экстренном порядке.

При лечении пациенток с указанной патологией применяют только хирургические методы.

В литературе нет единого мнения по вопросам выбора вида (лапаротомия или лапароскопия) и объема оперативного вмешательства при перекруте ножки опухоли яичника. До недавнего времени при подозрении на данную патологию применяли активную тактику ведения пациентки: аднексэктомия лапароскопическим (лапаротомическим) доступом с отсечением хирургической ножки без раскручивания, по возможности, выше места перекрута. Это обусловлено формированием в ножке опухоли тромбов, которые при ее раскручивании могут отделиться и попасть в общий кровоток.

В настоящее время с развитием лапароскопии и ранней диагностикой перекрута ножки опухоли яичника стало возможным выполнение органосохраняющей операции – деторсия яичника или деторсия образования яичника (раскручивание ножки кисты и восстановление топографии яичника) с последующим выполнением органосохраняющей операции при восстановлении кровоснабжения в маточной трубе и яичнике. Манипуляцию производят при наполнении малого таза и брюшной полости теплым (40–42 °С) изотоническим раствором натрия хлорида. Опухоль всплывает самостоятельно или раскручивается с помощью атравматических шипцов. Если через 10–20 минут исчезает цианоз, нормализуется цвет мезовария, то при ретенционном яичниковом образовании производят аспирацию содержимого кисты, биопсию ее стенки, при истинном характере опухоли яичника – резекцию яичника, при параовариальной кисте – ее энуклеацию. После проведенной операции пациентка находится под тщательным контролем (измерение температуры тела, оценка количества лейкоцитов в крови, коагулограммы, болевого синдрома). При отрицательной динамике течения послеоперационного периода производят повторную лапароскопию с аднексэктомией.

При подозрении на малигнизацию опухоли интраоперационно показано цитологическое исследование мазков-отпечатков для решения вопроса об объеме оперативного вмешательства.

Нарушение кровоснабжения миоматозного узла

Миома матки – доброкачественная дисгормональная опухоль, происходящая из мышечной ткани. Некроз – необратимое прекращение жизнедеятельности тканей определенной части живого организма.

Миома матки, даже очень небольших размеров, может деформировать сосуды, обеспечивающие ее кровоснабжение, и вызывать омертвление тканей. Узлы миомы матки часто некротизируются во время беременности, в послеродовом или послеабортном периодах.

Классификация. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра выделяют следующие виды миомы матки:

D 25.0 – подслизистая лейомиома матки.

D 25.1 – интрамуральная лейомиома матки.

D 25.2 – субсерозная лейомиома матки.

Нарушение кровоснабжения узла миомы может возникнуть вследствие перекрута ножки субсерозного миоматозного узла, ишемии интерстициального узла больших размеров, либо быстром его росте.

Этиология. Нарушение кровоснабжения в миоматозных узлах чаще объясняется механическими факторами (перекрут, перегиб, сдавление опухоли). В период беременности следует учитывать особенности гемодинамики у пациенток с миомой матки: значительное снижение кровотока в матке, особенно выраженное в области межмышечного узла; повышение сосудистого тонуса, преимущественно в сосудах малого калибра; выраженное затруднение венозного оттока; снижение скорости кровенаполнения артериального и венозного русла.

В субсерозных миоматозных узлах нарушение кровоснабжения происходит вследствие перекрута ножки миоматозного узла, в интерстициальных узлах – в результате ишемии, венозного застоя и множественного тромбообразования.

Патогенез. При нарушении кровоснабжения узла миомы в нем происходят различные дистрофические процессы: отек, некроз, кровоизлияние, гиалиновое перерождение, дегенерация.

Различают сухой (постепенное сморщивание участков некротизированной ткани с образованием своеобразной пещеристой полости с остатками омертвевшей ткани) и влажный (омертвение ткани с последующим образованием кистозных полостей) типы некроза миомы матки.

При беременности и в послеродовом периоде описаны случаи красного некроза, которому чаще подвергаются миомы, расположенные интрамурально. Макроскопически узлы опухоли окрашены в красный или коричнево-красный цвет, имеют мягкую консистенцию, микроскопически в них обнаруживают выраженное расширение вен и их тромбоз.

К асептическому некрозу, как правило, присоединяется инфекция, проникающая в узел гематогенным или лимфогенным путем, и представляющая большую опасность вследствие возможности развития разлитого перитонита и генерализованной инфекции (сепсис). Возбудители инфекции принадлежат к септической группе микробов (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка).

Клиническая картина. Клинические проявления нарушения кровоснабжения узла зависят от степени его нарушения.

При некрозе миомы матки отмечают:

- острые боли в животе;
- удовлетворительное или средней тяжести состояние;
- повышение температуры тела;
- тошноту, рвоту;

- нарушение стула и мочеиспускания;
- бледность кожи;
- тахикардию;
- нормальное артериальное давление;
- напряжение передней брюшной стенки;
- симптомы раздражения брюшины различной степени выраженности;

• при влагалищном исследовании – увеличенную матку, наличие в ней болезненного миоматозного узла при пальпации;

• в крови – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение скорости оседания эритроцитов.

Диагностика. Диагноз устанавливают на основании:

- типичных жалоб пациентки;
- данных анамнеза и объективного обследования;
- результатов лабораторных (общий анализ крови) и дополнительных (ультразвуковое исследование органов малого таза, лапароскопия) методов исследования.

Точный диагноз позволяет поставить ультразвуковое сканирование с доплерографией. Характерными признаками нарушения кровоснабжения миоматозного узла являются: увеличение размеров матки, особенно переднезаднего размера; деформация контуров узла миомы матки и появление в нем структур округлой или овальной формы, характеризующихся меньшей эхогенностью и звукопроводимостью; нарушение кровотока внутри узла и близлежащих участках миометрия.

Лапароскопия позволяет не только уточнить диагноз (визуально миоматозные узлы с дегенерацией имеют темную синюшно-багровую окраску, с кровоизлияниями и участками белого цвета; брюшина, покрывающая их, тусклая), но и обеспечить доступ хирургического лечения.

Дифференциальную диагностику проводят:

- с апоплексией яичника (болевая форма);
- с внематочной беременностью;
- с острым аппендицитом;
- с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки, особенно с их осложненными формами (гнойные tuboовариальные образования, пиосальпинкс, пиовар).

Лечение оперативное, проводится лапаротомическим или лапароскопическим доступом. Объем оперативного вмешательства зависит от возраста пациентки, реализации репродуктивной функции, размеров, локализации и количества миоматозных узлов.

При некрозе миоматозного узла производят ампутацию или экстирпацию матки с трубами. Консервативную миомэктомию проводят лишь в

исключительных случаях у молодых бездетных женщин в условиях интенсивной антибактериальной терапии в послеоперационном периоде.

ГЛАВА 3

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Воспалительные заболевания органов малого таза представляют собой одну из основных медицинских проблем, так как оказывают существенное влияние на здоровье женщин детородного возраста. Частота их составляет 60–65% среди амбулаторных и до 30% среди стационарных гинекологических пациенток.

В последние годы отмечается рост числа воспалительных заболеваний гениталий, при этом в 3 раза увеличилась частота гнойных tuboовариальных образований, которые могут приводить к нарушению репродуктивной функции женщин (до 70%), инвалидизации и летальности.

Факторами риска развития гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза являются:

- длительное использование внутриматочных контрацептивов;
- наличие хронических воспалительных заболеваний придатков матки;
- наличие экстрагенитальных заболеваний: сахарный диабет, нарушения жирового обмена, воспалительные заболевания почек и мочевыделительной системы, иммунодефицитные состояния, дисбактериоз;
- роды самопроизвольные и, особенно, оперативные;
- акушерские и гинекологические (полостные, влагалищные, эндоскопические) операции, в том числе «малые» инвазивные вмешательства (аборт, диагностическое выскабливание, гистероскопия, гистеросальпингография);
- хронические стрессовые ситуации, низкий уровень жизни, хронический алкоголизм и наркомания;
- раннее начало половой жизни, большое количество половых партнеров, нетрадиционные формы половых контактов, половые отношения во время менструации.

Классификация. За рубежом согласно классификации G.Monif (1982) острые воспалительные процессы внутренних половых органов подразделяют на:

- острый эндометрит и сальпингит без признаков воспаления тазовой брюшины;
- острый эндометрит и сальпингит с признаками воспаления брюшины;
- острый сальпингоофорит с окклюзией маточных труб и развитием tuboовариальных образований;
- разрыв tuboовариального образования.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра в классе XIV «Болезни мочеполовых органов» выделяют блок N 70–N 77 – «Воспалительные болезни женских тазовых органов»:

N 70.0 – острый сальпингит и оофорит.

N 71.0 – острая воспалительная болезнь матки.

N 73.0 – острый параметрит и тазовый целлюлит.

N 73.1 – хронический параметрит и тазовый целлюлит.

N 73.3 – острый тазовый перитонит у женщин.

N 73.4 – хронический тазовый перитонит у женщин.

N 74.3 – гонококковые воспалительные болезни женских тазовых органов.

По клиническому течению и на основании патоморфологических исследований в настоящее время выделяют две клинические формы гнойных воспалительных заболеваний внутренних половых органов:

- неосложненные – острый гнойный сальпингит;
- осложненные – осумкованные воспалительные придатковые опухоли (пиосальпинкс, пиовар, гнойные tuboовариальные образования).

Острый гнойный сальпингит – воспаление маточной трубы с ее нагноением. При своевременной диагностике и целенаправленной терапии он может ограничиться поражением эндосальпинкса с последующей регрессией воспалительных изменений и выздоровлением, при запоздалой или неадекватной терапии осложниться пельвиоперитонитом с частичным отграничением гнойного экссудата в маточно-прямокишечном углублении или перейти в хроническую, осложненную форму (пиосальпинкс, гнойное tuboовариальное образование).

Гнойный tuboовариальный абсцесс – гнойное расплавление маточной трубы и яичника с образованием единой полости, окруженной пиогенной капсулой. При осумкованных воспалительных придатковых опухолях репродуктивная функция резко снижена, выздоровление пациентки может наступить только после хирургического лечения. При запоздалом хирургическом вмешательстве и дальнейшем прогрессировании процесса развиваются тяжелые гнойные осложнения, угрожающие жизни женщины: простые и сложные генитальные свищи, микроперфорации абсцесса в брюшную полость с образованием межкишечных и поддиафрагмальных абсцессов, гнойно-инфильтративный оментит, разлитой перитонит, сепсис.

Этиология, патогенез. При неосложненном остром гнойном сальпингите основную этиологическую роль играют гонококки, хламидии, микоплазмы, вирусы, условно-патогенные штаммы аэробных и анаэробных возбудителей, при осложненных формах гнойного воспаления – ассоциации патогенных возбудителей: грамотрицательные неспорообразующие анаэробные бактерии (*Bacteroides fragilis*, *Prevotella* spp., *Prevotellabivius*,

Prevotelladisiens и *Prevotella melaninogenica*), грамположительные анаэробные стрептококки (*Peptostreptococcus* spp.), грамположительные анаэробные спорообразующие палочки рода *Clostridium*, аэробные грамотрицательные бактерии семейства *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *Proteus*), аэробные грамположительные кокки (энтеро-, стрепто- и стафилококки).

Кроме бактериальной инвазии, в этиологии гнойного процесса значительную роль играют физиологические (менструация, роды) или ятрогенные (аборты, внутриматочный контрацептив, гистероскопия, гистеросальпингография, операции) провоцирующие факторы, которые повреждают барьерные механизмы защиты, способствуют формированию входных ворот для патогенной микрофлоры и дальнейшему ее распространению.

В настоящее время основной причиной развития деструктивных, осложненных форм гнойного воспаления, в том числе и генерализованных, считают длительное использование внутриматочного контрацептива, приводящее к возникновению tuboовариальных, в отдельных случаях – множественных экстрагенитальных абсцессов с крайне неблагоприятным септическим клиническим течением, обусловленным *Actinomyces israeli* и анаэробами. Далее в порядке убывания (по частоте) идут тяжелые гнойные послеродовые заболевания, гнойные осложнения на фоне обострения длительно существующих хронических заболеваний, послеоперационные осложнения, нагноение гематом и плодного яйца при эктопической беременности, нагноение опухолей, первичный деструктивный аппендицит с тазовой флегмоной и другие.

В патогенезе гнойно-воспалительных заболеваний преобладает восходящий (интраканаликулярный) тип инфицирования из нижнего отдела половых органов. Распространение микроорганизмов может происходить также из экстрагенитальных очагов, в том числе из кишечника. Поврежденные ткани являются входными воротами инфекции. При этом анаэробы проникают из соседних «экологических ниш» (кожа, слизистые оболочки влагалища и цервикального канала, толстый кишечник, наружные половые органы), размножаются, распространяются и обуславливают воспалительный процесс.

Воспалительные заболевания придатков матки начинаются с эндометрита, затем интраканаликулярно процесс переходит в гнойный сальпингит, захватывая истмический и ампулярный отделы маточной трубы.

Вследствие склеивания фимбрий и развития спаек в ампулярной части трубы возникают мешотчатые «опухоли» с серозным (гидро-сальпинкс) или гнойным (пиосальпинкс) содержимым.

Яичник вовлекается в воспалительный процесс не всегда, так как покрывающий его зародышевый эпителий является мощным защитным барьером на пути распространения инфекции. После разрыва фолликула грану-

лезная оболочка яичника инфицируется, возникает гнойный оофорит, затем пиовар.

Воспалительные образования в яичниках и сливающиеся с ними гидросальпинксы или пиосальпинксы образуют tuboовариальное образование.

При перфорации гнойников (или без нее) могут возникать тазовые абсцессы или гинекологический перитонит.

Клинические проявления острого гнойного сальпингита:

- острое начало;
- повышение температуры (иногда сопровождается ознобами);
- боли внизу живота (в левой и правой гипогастральных областях, иррадиирующие в поясницу, прямую кишку, бедро на стороне поражения);
- обильные гнойные бели из влагалища, уретры, цервикального канала;
- дизурические расстройства (частое, малыми порциями, болезненное мочеиспускание, рези при мочеиспускании);
- симптомы гнойной интоксикации – слабость, тахикардия, мышечные боли, чувство сухости во рту;
- диспептические, эмоционально-невротические и функциональные (частый жидкий стул, диспареуния) расстройства;
- при влагалищном исследовании – болезненность при движении за шейку матки, пастозность или наличие пальпируемого образования небольших размеров с нечеткими контурами в области придатков, чувствительность при пальпации бокового и заднего сводов.

Клиническими признаками развития осложнений у пациенток с гнойным сальпингитом являются:

- нарастание симптомов гнойной интоксикации (появление гектической лихорадки, тошноты, рвоты, постоянного чувства сухости во рту, резкой мышечной слабости);
- симптомы раздражения брюшины в нижних отделах живота (пельвиоперитонит);
- при влагалищном исследовании умеренное нависание и резкая болезненность сводов, особенно заднего, резко усиливающаяся при малейшем движении за шейку матки; невозможность пальпации небольших объемных образований в малом тазу из-за выраженной болезненности;
- «чувство резкого давления на прямую кишку» и учащенная дефекация, свидетельствующие о формировании на фоне пельвиоперитонита абсцесса маточно-прямокишечного углубления; при бимануальном исследовании в малом тазу выявляют патологическое образование неравномерной консистенции, без четких контуров, пролабирующее через задний свод и переднюю стенку прямой кишки, резко болезненное при пальпации.

Клинические проявления хронических (осложненных) гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза:

- боли;
- повышение температуры;
- гнойные бели (у послеродовых, послеабортных пациенток и пациенток с внутриматочными контрацептивами);
- выраженные невротические расстройства: симптомы возбуждения (повышенная раздражительность) или угнетения (слабость, быстрая утомляемость, нарушение сна и аппетита) центральной нервной системы.

Особенности течения гнойного процесса у пациенток с различными этиологическими факторами. Возникший на фоне ношения внутриматочного контрацептива гнойный процесс характеризуется тяжелым течением и малой эффективностью интенсивного консервативного лечения. Извлечение внутриматочного контрацептива на ранних этапах развития гнойного воспаления придатков матки не способствует купированию воспаления, выскабливание полости матки после удаления внутриматочного контрацептива усугубляет тяжесть процесса.

Для пациенток с гнойными послеоперационными осложнениями характерно наличие преходящего пареза кишечника, сохранение или нарастание основных признаков интоксикации на фоне проводимой интенсивной терапии, их возобновление после короткого «светлого» промежутка.

Для акушерских пациенток основной клинический симптом – наличие прогрессирующего гнойного (некротического) эндометрита, не купирующегося адекватно проводимой терапией. При бимануальном исследовании размеры матки не соответствуют срокам нормальной послеродовой инволюции, шейка матки свободно в виде «паруса» свисает во влагалище, свободно пропускает один или два пальца.

Резко снижаются шансы на благоприятный исход консервативного лечения у пациенток с гематомами (инфильтратами) в параметрии и/или в позадипузырной клетчатке.

Для течения хронических гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза характерна волнообразность процесса. В стадии ремиссии клинические проявления выражены не резко, из всех симптомов сохраняется интоксикация легкой или средней степени тяжести. В стадии обострения проявляются основные признаки острого гнойного воспаления, при этом часто возникают осложнения.

При проведении влагалищного исследования гнойные tuboовариальные образования в стадии обострения характеризуются нечеткими контурами, неравномерной консистенцией, полной неподвижностью и выраженной болезненностью. При этом они всегда находятся в едином конгломерате с маткой, пальпация и определение которой крайне затруднены. Размеры гнойных образований придатков весьма вариабельны, но в острой

стадии воспаления они всегда несколько больше истинных. В стадии ремиссии конгломерат имеет более четкие контуры, хотя сохраняет неравномерность консистенции и полную его неподвижность.

У пациенток с гнойными tuboовариальными образованиями могут возникать такие осложнения, как параметрит, пельвиоперитонит, перфорация гнойника в соседние органы, гнойные свищи, межкишечные абсцессы, бактериальный шок, разлитой гнойный перитонит. Следует отметить, что разлитой гнойный перитонит у женщин с хроническими гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза встречается редко (3,1%), так как хронический гнойный процесс, как правило, ограничен полостью малого таза за счет многочисленных плотных сращений, брюшины и связок малого таза, сальника и прилежащих органов.

О наличии параметрита у пациенток с гнойными tuboовариальными образованиями свидетельствуют следующие клинические признаки:

- боли при мочеиспускании, пиурия (передний параметрит);
- запоры, затруднения при дефекации (задний параметрит);
- нарушение функции почек: появление мочевого синдрома, отеки, снижение диуреза (боковой параметрит);
- появление инфильтрата и гиперемии кожи над пупартовой связкой (передний параметрит);
- явления перифлебита наружной подвздошной вены (отек и цианоз кожи бедра, распирающие боли в ноге) – верхний боковой параметрит;
- проявления паранефрита (на ранних стадиях характерны проявления псоита: вынужденное положение больной с приведенной ногой) – верхний боковой параметрит;
- при проведении бимануального гинекологического исследования в зависимости от стадии воспалительного процесса определяют инфильтраты различных размеров и различной консистенции: в стадии инфильтрации – деревянистой плотности, при нагноении – неравномерной плотности, с участками размягчения. В тяжелых случаях инфильтраты достигают костей таза (боковые отделы таза, крестец, лоно) и могут распространяться на переднюю брюшную стенку, паранефральную клетчатку. Поражение параметрия, особенно задних его отделов, выявляют при прямокишечно-влагалищном исследовании, при этом косвенно оценивают степень поражения воспалительным инфильтратом прямой кишки (слизистая подвижна, ограниченно подвижна, неподвижна).

О формировании межкишечных абсцессов свидетельствует появление болей в мезогастральных отделах брюшной полости, сопровождающихся явлениями преходящего пареза кишечника или частичной кишечной непроходимости (тошнота, рвота, задержка стула).

О формировании поддиафрагмального абсцесса говорит возникновение на стороне поражения болей в грудной клетке, болезненности в области реберной дуги и шеи в месте проекции диафрагмального нерва.

У пациенток с длительным и рецидивирующим течением гнойного процесса возможна перфорация тазового абсцесса в полые органы, признаками угрозы которого являются:

- ухудшение общего состояния на фоне ремиссии имеющегося гнойного воспалительного процесса;
- повышение температуры до 38–39°C, ознобы;
- боли внизу живота «пульсирующего», «дергающего» характера;
- появление тенезмов, жидкого стула (угроза перфорации в дистальные отделы кишечника, реже – в прилежащие к абсцессу отделы тонкой кишки);
- появление учащенного мочеиспускания, микрогематурии или пиурии (угроза перфорации в мочевой пузырь);
- появление инфильтрата и болей в области послеоперационного шва.

Множественная перфорация в прилежащий отдел кишечника приводит к формированию свищей в различных отделах толстой кишки (чаще – в верхнеампулярном отделе или ректосигмоидном углу, реже – в слепой и сигмовидной кишке). Придатково-пузырные свищи встречаются значительно реже, так как брюшина пузырно-маточной складки и предпузырная клетчатка расплавляются значительно медленнее.

Диагностика. У пациенток с гнойными воспалительными заболеваниями внутренних половых органов целесообразна *трехэтапная система обследования*.

- При неосложненных формах:
 - первый этап – общеклиническое обследование (бимануальное исследование, бактериологическая и лабораторная диагностика);
 - второй этап – трансвагинальная и трансабдоминальная эхография органов малого таза;
 - третий этап – лапароскопия (гистероскопия для послеродовых, послеабортных пациенток).
- При осложненных формах:
 - первый этап – общеклиническое обследование (бимануальное и ректовагинальное исследования, бактериологическая и лабораторная диагностика);
 - второй этап – трансабдоминальная и трансвагинальная эхография органов малого таза, брюшной полости, почек, печени и селезенки, эхография с дополнительным контрастированием прямой кишки, эхокардиография;

– третий этап – рентгенологическое исследование легких, цисто- и колоноскопия, внутривенная урография, экскреторная урография, компьютерная томография (компьютерная томография + фистулография).

Диагностика гнойных воспалительных заболеваний внутренних половых органов основана на характерных клинических проявлениях и данных дополнительных методов исследования.

1. Анамнез – наличие факторов риска, хронических воспалительных процессов половых органов, данных о проведенных инвазивных вмешательствах.

2. Клиническая картина заболевания.

В настоящее время выделяют ряд патогномоничных проявлений гнойно-воспалительных заболеваний женских половых органов: интоксикация (экзогенная, эндогенная), болевой синдром, инфицирование, ранняя почечная недостаточность, гемодинамические расстройства, воспаление смежных органов, метаболические нарушения.

Интоксикационная энцефалопатия проявляется заторможенностью или эйфорией, головными болями, иногда коматозным состоянием.

Болевой синдром может быть вначале локализованным, затем, по мере прогрессирования заболевания, боли распространяются выше, при перитоните отмечаются по всему животу. Нарастающая боль свидетельствует о возможной перфорации гнойного образования с образованием тяжелых осложнений – разлитого гнойного перитонита, межкишечных абсцессов, мочеполовых и кишечно-половых свищей.

Основными проявлениями инфекционного синдрома являются:

- лихорадка;
- познабливание;
- ухудшение общего состояния;
- нарастание лейкоцитарного индекса интоксикации и количества средних молекул.

У 2/3 пациенток с гнойными воспалительными процессами внутренних половых органов встречаются функциональные нарушения мочевыводящей системы, у каждой второй – гидроуретер и гидронефроз вследствие вовлечения в воспалительный процесс тазовой и предпузырной клетчатки.

Гемодинамические расстройства проявляются изменением волеических показателей и нарушением микроциркуляции.

Синдром воспаления смежных органов – это распространение инфекционного процесса на близлежащие органы и ткани с образованием вторичного аппендицита, тазовых абсцессов, вторичных воспалительных изменений в петлях кишечника (сигмоидит, ректит), сальнике (оментит), клетчатке параметриев (параметрит) и др.

Метаболические нарушения характеризуются развитием гипопроteinемии, диспротеинемии, электролитных нарушений (ацидоз), гипоксии

и дезорганизацией клеточного метаболизма. Клинически они проявляются нарастающей полиорганной недостаточностью.

3. Данные бимануального гинекологического и ректоабдоминального исследований.

При бимануальном гинекологическом исследовании у пациенток с осложненными формами гнойно-воспалительных заболеваний определяют следующие клинические признаки:

- конгломерат образований, доходящий до стенок таза с одной или с двух сторон без четкой идентификации органов (у ранее оперированных пациенток – инфильтрат в центре таза над культей шейки матки или в одной половине малого таза);
- ограниченную подвижность или полную неподвижность образований;
- отсутствие четких контуров и неравномерную консистенцию образований (от плотной до тугоэластической), болезненность;
- размеры образований от 8–10 до 25–30 см в диаметре;
- усиление гнойного отделяемого из имеющихся на передней брюшной стенке или на задней стенке влагалища предполагаемых свищевых ходов (в момент пальпации образований малого таза).

4. Лабораторная диагностика (клинические анализы крови и мочи, бактериоскопическое, бактериологическое, биохимическое, иммунологическое исследования, коагулограмма).

При остром гнойном сальпингите при лабораторном исследовании выявляют лейкоцитоз до 10,5 тысяч, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево (6–9% палочкоядерных лейкоцитов), повышенную скорость оседания эритроцитов (20–40 мм/ч), наличие резко положительного С-реактивного белка, гиперфибриногенемии.

Вместе с тем, в настоящее время лейкоцитоз не может быть основным маркером гнойного процесса, так как при наличии тяжелых форм гнойного воспаления часто наблюдается «стертая» лабораторная симптоматика, обусловленная применением массивной антибактериальной терапии и местной санации. Кроме того, у 11,4% пациенток с тяжелыми формами гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза отмечают лейкопению, которая сопряжена с персистенцией в крови патологических аутоантител к мембранам нейтрофилов.

Для пациенток с осложненными формами гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза в общем анализе крови наиболее характерны повышение скорости оседания эритроцитов, лимфопения и анемия, степень которой коррелирует с тяжестью состояния.

Длительное течение гнойного процесса сопровождается нарушением белкового (гипо- и диспротеинемия), минерального, липидного обменов и ферментативной функции печени.

У 35,7% пациенток с осложненными формами гнойного воспаления отмечаются выраженные нарушения системы гемостаза (преобладание процессов гиперкоагуляции), у 69,4% – нарушения системы кровообращения (гипокинетический тип кровообращения у 22% пациенток, снижение сократительной функции миокарда у 13%, нарушение скорости мозгового кровотока у 52% пациенток).

При осложненных формах гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза отмечается напряжение всех звеньев иммунной системы, при запоздалом хирургическом лечении – состояние иммунодефицита.

5. Ультразвуковое исследование органов малого таза.

Эхографическими признаками острого гнойного сальпингита являются:

- расширенные, утолщенные, вытянутые маточные трубы, характеризующиеся повышенным уровнем звукопроводимости;
- скопление свободной жидкости в прямокишечно-маточном углублении.

Для гнойных tuboовариальных образований характерны следующие ультразвуковые признаки:

- неправильная форма, приближающаяся к овоидной;
- полиморфизм внутренней структуры: неоднородная, со средне-дисперсной эхопозитивной взвесью на фоне повышенного уровня звукопроводимости;
- контуры представлены эхопозитивной толстой капсулой с четкими контурами, капсулой с участками неравномерной толщины и участками резкого истончения или образование не имеет четких контуров;
- отсутствие сосудистой сети внутри образования.

5. Функциональные методы (электрокардиография, рентгенография легких, ирригоскопия, урография, ректороманоскопия).

6. Компьютерная томография, магниторезонансная томография.

7. Диагностическая (лечебная) лапароскопия.

8. Диагностическая пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

В отдельных случаях при наличии показаний проводят консультации хирурга, уролога, нефролога, сосудистого хирурга.

Дифференциальная диагностика. Острый гнойный сальпингит необходимо дифференцировать с острым аппендицитом, эктопической беременностью.

Основные дифференциально-диагностические признаки с острым аппендицитом:

- не характерна связь заболевания с факторами риска развития воспалительных процессов внутренних половых органов;

- заболевание возникает внезапно; ранний признак – приступообразная боль, вначале локализующаяся в области пупка или в эпигастрии, затем – в области слепой кишки, не иррадиирующая, усиливающаяся при покашливании;

- тошнота, рвота, задержка стула и газов;
- выявление симптомов Ситковского, Ровзинга и других;
- почасовое нарастание количества лейкоцитов в анализе крови при исследовании в динамике.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с эктопической беременностью, особенно в случае формирования и нагноения позадиматочных гематом, когда присоединяющиеся вторичные воспалительные изменения маскируют исходное заболевание. Для эктопической беременности характерны:

- задержка менструации с последующими длительными кровянистыми выделениями мажущего характера;
- наличие болей внизу живота на стороне поражения с иррадиацией в прямую кишку;
- периоды кратковременного нарушения сознания (головокружение, обморок);
- определение хорионического гонадотропина в крови и моче.

Гнойные tuboовариальные образования следует дифференцировать при правосторонней локализации процесса – с аппендикулярным инфильтратом; при левосторонней локализации – с дивертикулитом; а также с первичной карциномой трубы, раком яичника, инфильтративными формами эндометриоза.

Лечение. Все пациентки с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза или подозрением на их наличие подлежат госпитализации в гинекологический стационар, где им ввиду тяжести общих и местных изменений, высокого риска генерализации процесса необходимо проводить комплексное, консервативно-хирургическое лечение, состоящее из:

- медикаментозной предоперационной подготовки;
- своевременного и адекватно проведенного хирургического вмешательства, направленного на удаление очага деструкции;
- интенсивного и рационального ведения послеоперационного периода;
- ранней госпитальной и постгоспитальной реабилитации.

Тактика ведения пациенток с неосложненными формами гнойного воспаления.

У пациенток с гнойным сальпингитом предоперационная подготовка направлена на купирование острых проявлений воспаления и подавление

агрессии микробного возбудителя. С этой целью используют антибиотики (или их комбинации) с обязательным интраоперационным (во время лапароскопии) внутривенным введением и продолжением в послеоперационном периоде в течение 5–7 суток:

- ингибиторозащищенные пенициллины (амоксциллин + клавулановая кислота: разовая доза препарата 1,2 г внутривенно, суточная доза – 4,8 г, курсовая доза – 24 г, интраоперационная доза – 1,2 г);
- фторхинолоны II поколения (ципрофлоксацин или офлоксацин: разовая доза 0,2 г внутривенно капельно, суточная доза – 0,4 г, курсовая доза – 2,4 г, интраоперационная доза – 0,2 г) в комбинации с нитроимидазолами (метронидазол);
- цефалоспорины III поколения в комбинации с нитроимидазолами (метронидазол).

С целью профилактики развития кандидоза на 5-ые сутки лечения назначают противогрибковые препараты (флуконазол 0,15 г однократно).

По окончании антибактериальной терапии всем пациенткам проводят коррекцию биоценоза лечебными дозами пробиотиков: лактобактерин или ацилакт по 10 доз 3 раза в день в сочетании со стимуляторами роста нормальной микрофлоры кишечника (хилак форте по 40–60 капель 3 раза в день) или ферментами (фестал, мезим форте) по 1–2 таблетки при каждом приеме пищи.

Показано также:

- проведение инфузионной терапии (кристаллоиды, плазмозаменяющие коллоиды, белковые препараты) в объеме 1000–1500 мл/сутки в течение 3–5 суток;
- назначение десенсибилизирующих и антигистаминных лекарственных средств;
- применение нестероидных противовоспалительных средств, обладающих противовоспалительным, анальгетическим и антиагрегационным эффектом (препараты назначают после отмены антибиотиков);
- использование иммунокорректоров с первых суток лечения.

На фоне проводимого консервативного лечения в первые 2–3 суток необходимо эвакуировать гнойный экссудат. В настоящее время наиболее эффективным методом хирургического лечения гнойного сальпингита считают лапароскопию (особенно у молодых, нерожавших пациенток) в объеме – адгезиолизис, санация и трансвагинальное (через кольпотомное отверстие) дренирование малого таза.

В случаях гнойного сальпингоофорита и пельвиоперитонита с образованием оумкованного абсцесса в прямокишечно-маточном углублении адекватным пособием считают мобилизацию придатков матки, опорожне-

ние абсцесса, санацию и активное аспирационное дренирование через кольпотомное отверстие.

При сформировавшемся пиосальпинксе необходимо удалить маточную трубу или трубы. При пиоваре небольших размеров (до 6–8 см в диаметре) и сохранении интактной яичниковой ткани целесообразно произвести вылушивание гнойного образования, при абсцессе яичника – удаление яичника. Наличие необратимых гнойно-некротических изменений в придатках матки является показанием к их удалению.

Все операции необходимо заканчивать тщательным промыванием малого таза, ревизией подпеченочного пространства для исключения затекания гноя и крови, дренированием малого таза через кольпотомную рану.

С целью создания благоприятных условий для репарации и активной эвакуации экссудата целесообразно проводить аспирационно-промывное дренирование или динамические лапароскопии (со 2-х суток послеоперационного периода с периодичностью в 2 дня).

В послеоперационном периоде (до 7 дней) рекомендовано проведение антибактериальной, инфузионной и рассасывающей терапии.

Пациентки с гнойным сальпингитом после купирования острого воспаления нуждаются в длительной реабилитации, направленной на профилактику рецидива заболевания и восстановление фертильности.

Тактика ведения пациенток с осложненными формами гнойных заболеваний.

Базовым компонентом лечения осумкованного гнойного образования придатков матки является хирургическое лечение. Применение антибиотиков целесообразно в следующих клинических ситуациях:

- у всех пациенток с острой гнойной инфекцией (манифестация заболевания);
- при клинических проявлениях активизации подострой или хронической гнойной инфекции и возникновении угрозы перфорации абсцесса или генерализации инфекции;
- интраоперационно у всех пациенток с целью периоперационной защиты и профилактики септического шока (препарат вводят в максимальной разовой дозе);
- в послеоперационном периоде у всех пациенток.

При генерализованных формах инфекции (перитонит, сепсис) антибактериальную терапию назначают с момента поступления и продолжают в интраоперационном и послеоперационном периодах.

Первоначальный выбор антибактериальной терапии является эмпирическим. В зависимости от тяжести заболевания антибиотики назначают в средней или максимальной разовой и суточной дозе. Для лечения пациенток целесообразно использовать следующие лекарственные средства:

- ингибиторозащищенные пенициллины (тикарциллин + клавулановая кислота (тиментин), пиперациллин + тазобактам (тазоцин));
- цефалоспорины III поколения в комбинации с нитроимидазолами (метронидазол);
- ингибиторозащищенные цефалоспорины III поколения (цефоперазон + сульбактам);
- комбинацию линкозамидов и аминогликозидов, например, комбинацию клиндамицин + аминогликозид;
- карбапенемы: имипенем + циластин (тиенам) или меропенем (меронем).

В проведении предоперационной подготовки важное значение имеют дезинтоксикационная и детоксикационная терапия. Инфузионную терапию проводят кристаллоидами (5-10% растворы глюкозы, изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера-Локка и другие), плазмозамещающими коллоидами (реополиглюкин, 6% растворы гидроксэтилированного крахмала) и белковыми препаратами (свежезамороженная плазма, 5, 10 и 20% растворы альбумина – по показаниям) в объеме 1500–2000 мл/сутки.

Эффект детоксикации и подготовки пациенток к операции значительно повышается при эвакуации гнойного экссудата. Показаниями для проведения дренирующих паллиативных операций (пункция абсцесса или кольпотомия) у пациенток с осложненными формами гнойного воспаления являются:

- угроза перфорации абсцесса в брюшную полость или полый орган (с целью предупреждения перитонита или формирования свищей);
- наличие острого пельвиоперитонита, на фоне которого хирургическое лечение наименее благоприятно;
- тяжелая степень интоксикационного синдрома.

По достижении ремиссии пациенток необходимо оперировать. Проведение повторных пункций заднего свода и кольпотомий нецелесообразно, поскольку способствует формированию придатково-влагалищных свищей.

Продолжительность предоперационной подготовки определяется индивидуально. Оптимальной для операции считается стадия ремиссии гнойного процесса.

Интенсивное консервативное лечение должно продолжаться не более 5 дней, а при развитии клинических проявлений угрозы перфорации – не более 12–24 ч, если нельзя провести паллиативное вмешательство с целью устранения угрозы перфорации.

В случае появления экстренных показаний к операции в течение 1,5–2 ч проводят предоперационную подготовку, включающую катетеризацию

подключичной вены, трансфузионную терапию под контролем центрального венозного давления в объеме не менее 1200 мл коллоидов, белков и кристаллоидов в соотношении 1:1:1.

Показания к экстренному вмешательству:

- перфорация абсцесса в брюшную полость с развитием разлитого гнойного перитонита;
- перфорация абсцесса в мочевой пузырь или ее угроза;
- септический шок.

При осумкованных гнойных tuboовариальных образованиях и их осложнениях (вторичный аппендицит, ректит, сигмоидит, оментит, перитонит) адекватное хирургическое пособие – лапаротомия. Объем хирургического вмешательства индивидуален и зависит от характера процесса, сопутствующей патологии гениталий и возраста пациенток.

Показания к выполнению реконструктивной операции с сохранением матки:

- отсутствие гнойного эндометриита или панметрита;
- отсутствие множественных экстрагенитальных гнойных очагов в малом тазу и брюшной полости;
- отсутствие сопутствующей тяжелой генитальной патологии (аденомиоз, миома матки).

При наличии двусторонних гнойных tuboовариальных абсцессов, осложненных генитальными свищами, выраженного обширного гнойно-деструктивного процесса в малом тазу с множественными абсцессами и инфильтратами тазовой и параметральной клетчатки, подтверждении гнойного эндометриита или панметрита необходимо производить экстирпацию матки с сохранением, по-возможности, хотя бы части неизмененного яичника.

При выполнении операций в условиях гнойно-инфильтративного процесса имеют место следующие технические особенности:

- при разрезе передней брюшной стенки используют нижнесрединную лапаротомию;
- по вскрытии брюшной полости восстанавливают нормальные анатомические взаимоотношения между органами брюшной полости и малого таза;
- воспалительные образования освобождают острым путем от припавшихся петель толстой и тонкой кишки;
- выделяют гнойное образование придатков матки из спаек;
- зажимы накладывают максимально близко к придаткам матки после полной их мобилизации;
- очаг деструкции удаляют полностью;

- перитонизацию проводят отдельными викриловыми швами с полным погружением культи связок;
- при дренировании брюшной полости устанавливают дренажи по основным путям миграции жидкости в брюшной полости и в малом тазу (основная часть дренажей должна находиться в латеральных каналах и в позадидиматочном пространстве).

В течение 3-х суток после операции целесообразно использовать аспирационно-промывное дренирование с введением двухпросветных дренажных трубок:

- трансвагинально через открытый купол влагалища после экстирпации матки (дренажи диаметром 11 мм);
- посредством задней кольпотомии при сохраненной матке (дренаж диаметром 11 мм или два дренажа диаметром 8 мм);
- трансабдоминально (дополнительно трансвагинальному) через контрапертуры в мезо- или эпигастральных областях при наличии подпеченочных или межкишечных абсцессов (дренажи диаметром 8 мм).

Критериями прекращения дренирования служат:

- улучшение состояния пациентки;
- восстановление функции кишечника;
- купирование воспалительного процесса в брюшной полости;
- тенденция к нормализации клинических анализов крови и температуры тела.

Основные принципы ведения послеоперационного периода.

1. Адекватное обезболивание. Оптимальный метод – длительная эпидуральная анестезия. При наличии противопоказаний к ее применению в течение первых 3 суток назначают наркотические анальгетики в сочетании с антигистаминными и седативными лекарственными средствами.

2. Антибактериальная терапия (ингибиторозащищенные пенициллины, комбинации линкозамининов и аминогликозидов, цефалоспорины III поколения или их комбинация с производными нитроимидазола, монотерапия карбапенемами).

3. Инфузионная терапия: введение коллоидов (400–800 мл/сутки), белковых препаратов из расчета 1–1,5 г нативного белка на 1 кг массы тела (при тяжелом течении процесса доза белка может быть увеличена до 150–200 г/сутки), кристаллоидов. Количество вводимой жидкости при сохраненной функции почек должно составлять 35–40 мл/кг/сутки. При тяжелых формах осложнений (перитонит, сепсис) объем инфузии может быть увеличен до 4–6 л (режим гиперволемии) с регуляцией мочеотделения (форсированный диурез). При септическом шоке количество вводимой жидкости не должно превышать количество выделенной мочи более чем на 800–1000 мл.

4. Стимуляция кишечника путем применения эпидуральной блокады, проведения адекватной инфузионной терапии в объеме нормо- или незначительной гиперволемии, использования метоклопрамида, оказывающего регулирующее влияние на моторику желудочно-кишечного тракта.

В лечении пареза кишечника важную роль играет коррекция гипокалиемии. Препараты калия необходимо вводить под контролем его содержания в сыворотке крови медленно, в разведенном виде, лучше в отдельную вену. В среднем в сутки вводят 6–8 г калия с учетом его содержания в других растворах (свежезамороженная плазма, гемодез и прочие).

5. Применение ингибиторов протеаз (контрикал, гордокс, трасилол).

6. Использование низкомолекулярных гепаринов (фрагмин, фраксипарин, клексан) в течение 5–7 дней, а также лекарственных средств, улучшающих реологические свойства крови.

7. Назначение глюкокортикоидов: преднизолон в суточной дозе 90–120 мг/сутки с постепенным снижением дозы и отменой препарата через 5–7 дней.

8. Применение нестероидных противовоспалительных лекарственных средств (назначают после отмены антибиотиков).

9. По показаниям проводят терапию органических нарушений гепатотропными (эссенциале) и кардиологическими лекарственными средствами, применяют спазмолитики, экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез).

10. Иммунокоррекция (интерфероны и другие).

Все пациентки, перенесшие гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза, нуждаются в длительной реабилитации.

Профилактика.

- Исключение или резкое ограничение использования внутриматочной контрацепции, извлечение внутриматочного контрацептива без выскабливания полости матки на фоне антибактериальной терапии.

- Расширение применения методов барьерной контрацепции.

- Своевременная госпитализация пациенток с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза, исключение из практики амбулаторного лечения пациенток с послеродовыми, послеабортными, послеоперационными инфекционными осложнениями, а также пациенток с осложнениями внутриматочной контрацепции (кроме этапа реабилитации).

- Теоретическая подготовка кадров, поэтапное обучение хирургической технике.

- Использование оптимальной техники операции и адекватного шовного материала, проведение оперативных вмешательств с минимальной операционной травмой и кровопотерей.

- Применение рациональной антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии у гинекологических пациенток.
- Своевременное применение комплекса активных лечебно-диагностических мероприятий у пациенток с осложненным течением послеродового или послеоперационного периода.
- Активная тактика ведения пациенток с гнойными воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, и, в первую очередь, – своевременное оперативное лечение.

ГЛАВА 4

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ И ПЕРИТОНИТ

Пельвиоперитонит

Пельвиоперитонит – воспаление висцеральной и париетальной брюшины малого таза.

Основными причинами развития пельвиоперитонита являются:

- бактериальное инфицирование брюшины путем попадания инфекции из нижних отделов половых органов через матку и маточные трубы в брюшную полость (восходящая инфекция при острой гонорее);
- переход воспалительного процесса с придатков матки (при имеющемся воспалительном tuboовариальном образовании) на тазовую брюшину.

По характеру экссудата различают пельвиоперитониты:

- серозный;
- фибринозный;
- гнойный (часто с развитием распространенного перитонита).

Некоторые авторы выделяют серозно-фибринозный и гнойный пельвиоперитонит.

Острая стадия серозного или серозно-фибринозного пельвиоперитонита характеризуется расстройством микроциркуляции, гиперемией и отеком брюшины, скоплением в малом тазу серозного экссудата, содержащего фибрин, сегментоядерные лейкоциты, альбумин. Стихание воспаления сопровождается образованием спаек между париетальной брюшиной малого таза, маткой и придатками, петлями тонкой и сигмовидной кишки (хронический слипчивый пельвиоперитонит). Иногда между спайками образуются замкнутые полости, в которых скапливается жидкость.

При гнойном пельвиоперитоните отграничение процесса течет медленнее. Гнойный экссудат скапливается в прямокишечно-маточном углублении, образуя абсцесс Дугласова кармана.

Клиническая картина пельвиоперитонита:

- острое начало;
- резкая боль в нижних отделах живота;
- прогрессирующее ухудшение самочувствия и общего состояния пациентки;
- повышение температуры тела до 38–39°C, гиперемия лица;
- явления интоксикации (тахикардия, сухость во рту, сухой обложенный язык);
- однократная рвота;
- живот вздут, участвует в акте дыхания;
- выраженная мышечная защита в гипогастральных областях;

- симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный;
- перистальтика кишечника вялая;
- болезненность при мочеиспускании и дефекации;
- при гинекологическом исследовании – из-за болезненности сводов и напряжения нижних отделов живота определить образование сложно, своды инфильтрированы, болезненные, смещение шейки матки вызывает резкую болезненность;
- при ректальном исследовании – нависание и болезненность передней стенки прямой кишки.

В постановке диагноза помогает проведение ультразвукового исследования, при котором обнаруживают свободную жидкость в области малого таза, ослабление перистальтических волн.

Пельвиоперитонит необходимо *дифференцировать* с гемоперитонеумом (внематочная беременность, апоплексия яичника), разлитым перитонитом хирургического происхождения, аппендикулярным инфильтратом, гнойным tuboовариальным образованием, параметритом.

Тактика ведения пациенток с пельвиоперитонитом.

Медикаментозное лечение острого пельвиоперитонита у пациенток с гнойными образованиями придатков матки направлено на купирование острого воспалительного процесса, создание оптимальных условий для предстоящей операции и основано на принципах комплексного лечения острого сальпингоофорита:

- антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия (гентамицин, оксациллин, метициллин, амоксициллин+клавулановая кислота, цефалоспорины, метронидазол и др.);
- дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, полиионные растворы, белковые препараты и другие);
- обезболивающие лекарственные средства (диклофенак и другие);
- седативные лекарственные средства, витамины;
- антигистаминные и десенсибилизирующие лекарственные средства (хлоропирамин, клемастин, глюконат кальция);
- анаболические стероиды.

Продолжительность предоперационной подготовки у пациенток с гнойными tuboовариальными образованиями и пельвиоперитонитом зависит от эффективности проводимой терапии:

- при благоприятном течении процесса и ремиссии гнойного воспаления интенсивное консервативное лечение можно продолжать 5–6 суток;
- при отсутствии эффекта от интенсивной терапии пациентка должна быть оперирована в течение первых суток;

- при появлении отрицательной динамики проводят экстренное оперативное вмешательство после проведения предоперационной подготовки в течение 1–1,5 часов.

Перитонит

Перитонит (диффузное поражение брюшины) – патология, характеризующаяся тяжелыми общими симптомами, в том числе эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности.

Классификация. Различают первичный и вторичный перитониты.

Первичный (идиопатический) перитонит – инфицирование брюшины гематогенным или лимфогенным путем (без наличия гнойного очага в брюшной полости).

Вторичный перитонит – распространение инфекции на брюшину из гнойно-деструктивных очагов брюшной полости.

В зависимости от обширности поражения брюшины и степени вовлечения анатомических областей различают следующие виды перитонита:

- местный – поражение одной анатомической области;
- распространенный – поражение нескольких анатомических областей;

- общий (разлитой) – поражение всех отделов брюшной полости.

В зависимости от особенностей распространения воспалительного процесса различают:

- диффузный перитонит (общий, разлитой), не имеющий тенденции к отграничению;
- отграниченный перитонит – осумкованные абсцессы брюшной полости (пиосальпинкс, пиовар, гнойное tuboовариальное образование (tuboовариальный абсцесс), абсцесс Дугласова пространства, абсцедирующий панметрит).

По типу клинического течения различают:

- острый перитонит – быстро прогрессирующее тяжелое заболевание, с типичной клинической картиной, сменяющимися фазами заболевания, при отсутствии хирургического лечения быстро приводящее к летальному исходу;
- подострый (вялотекущий) перитонит – имеет более длительное течение, часто происходит отграничение гнойного процесса и формирование осумкованных абсцессов, нередко с последующей их перфорацией в прилежащие полые органы;
- хронический перитонит – встречается крайне редко, в основном при специфическом поражении брюшины (канцероматоз, туберкулез);

• молниеносный перитонит – перитонит, осложненный септическим шоком.

В течение перитонита выделяют три стадии (фазы):

- реактивную;
- токсическую;
- терминальную.

По характеру экссудата перитонит подразделяют на:

- серозный;
- фибринозный;
- гнойный;
- геморрагический;
- мочевого;
- каловый.

Этиология. Главной причиной перитонита является микробная инвазия, которая у гинекологических пациенток возможна вследствие:

- гематогенного или лимфогенного инфицирования брюшины: идиопатический перитонит без очага гноя или деструкции в брюшной полости (возбудители – гемолитический стрептококк, пневмококк, ассоциативная флора);

- восходящего инфицирования: прогрессирование острого гнойного воспаления:

- специфического гнойного сальпингита: пельвиоперитонит – перитонит (возбудители – гонококк в ассоциации с возбудителями инфекций, передающихся половым путем, иногда анаэробами);

- криминального вмешательства: эндометрит – эндомиометрит – панметрит – перитонит (возбудители – ассоциативная флора с преобладанием анаэробной);

- инфицирования брюшной полости при наличии хронического гнойного очага в брюшной полости: перфорация или разрыв осумкованного абсцесса в свободную брюшную полость – разрыв пиосальпинкса, пиовара, гнойного tuboовариального образования, экстрагенитальных абсцессов (возбудители – ассоциативная флора (анаэробная и грамотрицательная), реже грамположительная).

Патогенез. Наиболее тяжело (распад тканей, формирование изолированных гнойных очагов, развитие тазового тромбофлебита, сепсиса) протекают перитониты, вызванные *B.fragilis*, *P.melanogenicus* и другими.

В начальной стадии заболевания обязательными компонентами являются гиперемия брюшины, образование на ней фибринозных наложений.

В патогенезе перитонита ведущее значение имеют интоксикация, обусловленная действием продуктов распада бактерий (токсинов), тканевых протеаз, биогенных аминов; гиповолемия; парез желудка и кишечника.

Токсические вещества бактериального происхождения вместе с рефлекторными воздействиями увеличивают проницаемость капилляров и ведут к образованию воспалительного экссудата. Потери жидкости могут достигать 50% от всей внеклеточной жидкости организма за счет перемещения ее в органы брюшной полости, депонирования и секвестрации в сосудах брюшной полости. Усугублению гиповолемии способствуют нарушения микроциркуляции.

Нарастание интоксикации, потеря белка при перитоните ведут к усугублению микроциркуляторных расстройств. На начальных этапах этих нарушений белок и жидкость переходят из тканей в кровяное русло, при декомпенсации происходит обратное перемещение, чему способствуют нарастающая агрегация форменных элементов, тромбозы капилляров, накопление веществ (гистамина, серотонина), расширяющих сосуды и еще более усиливающих проницаемость сосудистых стенок. При наступлении необратимых изменений в системе микроциркуляции изменяются показатели гемодинамики.

При прогрессировании перитонита и нарастании интоксикации нарушаются антитоксическая функция печени и обменные процессы в ней.

При перитоните развивается функциональная непроходимость желудочно-кишечного тракта вследствие нервно-рефлекторного торможения, возникающего при раздражении брюшины по типу висцеро-висцеральных рефлексов и реакций центральной нервной системы. При прогрессировании перитонита моторика кишечника дополнительно угнетается и в результате токсического воздействия не только на центральную нервную систему, но и на нервный и мышечный аппарат кишечника. Кроме того, нарушения электролитного баланса (гипокалиемия) и кислотно-щелочного состояния (ацидоз) также значительно снижают сократительную способность мышечной стенки кишечника.

Функциональная непроходимость кишечника усугубляет нарушения всех видов обменных процессов, обуславливает дефицит витаминов, обезвоживание, нарушение электролитного баланса, адреналовой и ферментативных систем.

Клиника. Клинические проявления разлитого перитонита:

- появление или усиление (при движении, кашле, перемене положения тела) болей в животе при наличии острого или хронического гнойного очага, сопровождающихся рвотой, учащением пульса;
- цианоз, похолодание конечностей, иногда ознобы, коллапс;

- бледность или сероватый оттенок кожных покровов;
- тахикардия;
- сухой, обложенный белым налетом, язык;
- живот не участвует в акте дыхания, напряжен, болезненный при пальпации во всех отделах, больше в верхних;

- положительные симптомы раздражения брюшины;
- прогрессирующий парез кишечника.

В токсической стадии перитонита:

- местные проявления сглаживаются;
- нарастают общие симптомы интоксикации;
- нарастает парез кишечника – живот вздут, рвота, задержка стула, симптом «гробового» молчания;
- при перкуссии определяется свободная жидкость в брюшной полости.

Для терминальной стадии перитонита характерны:

- адинамия, иногда спутанность сознания;
- лицо Гиппократово – изможденный вид, заостренные черты лица, «впалые» глаза, бледное, цианотичное, покрытое крупными каплями пота лицо;

- обильная рвота застойным содержимым;
- изнуряющие поносы;
- прогрессирование полиорганной недостаточности – одышка, олигурия, иктеричность кожи и слизистых оболочек, предельная тахикардия, сменяющаяся брадикардией.

Особенности перитонита, вызванного анаэробной микрофлорой:

- неприятный специфический запах раневого отделяемого;
- черный или зеленый цвет экссудата;
- наличие пузырьков газа в тканях;
- некрозы в очагах воспаления;
- септический тромбофлебит.

Дифференциальную диагностику перитонита необходимо проводить с острым пельвиоперитонитом (таблица 3).

Диагностика.

1. Анамнез.
2. Клинические проявления.
3. Результаты объективного исследования.
4. Лабораторная диагностика:

– общий анализ крови – анемия, лейкоцитоз до 30-35 тысяч, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, появление токсической зернистости нейтрофилов, лейкопения (плохой прогностический признак);

Таблица 3 - Дифференциальный диагноз острого пельвиоперитонита и разлитого перитонита (В.И.Краснопольский и соавт., 2010)

Признаки	Пельвиоперитонит	Разлитой перитонит
Общее состояние	Средней тяжести	Тяжелое или очень тяжелое
Интоксикация	Умеренная	Высокая и крайне высокая
Боли в животе	В нижних отделах	Постоянные по всему животу
Лихорадка	Высокая	Высокая
Рвота	Чаше однократная	Частая, не приносит облегчения
Язык	Сухой	Сухой, обложен
Состояние кожных покровов	Гиперемия	Бледные, сухие
Пульс	Тахикардия	Резкая тахикардия (120 – 140 уд/мин), брадикардия - плохой прогностический признак
Артериальное давление	Не изменяется	Умеренно снижено, гипотония (85/40 и ниже) - плохой прогностический признак
Изменения со стороны живота	Участвует в дыхании, напряжен в нижних отделах	В дыхании не участвует, напряжен во всех отделах, может определяться жидкость в отлогих местах по всему животу. Стойкий парез кишечника
Раздражение брюшины	В нижних отделах	По всему животу
Границы желудка	Не изменены	Расширены
Перистальтика кишечника	Сохранена, кишечник вздут	Резко ослаблена или отсутствует
Стул, газы	Самостоятельный, газы отходят	Задержка стула и газов, может быть понос (плохой прогностический признак)
Проявления полиорганной недостаточности	Нет	Есть (одышка, олигурия, поражение центральной нервной системы)

Продолжение таблицы 3

Изменения в анализе крови	Умеренная анемия.	Выраженная, нарастающая анемия.
	Умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево	Значительный нарастающий лейкоцитоз, резко выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Появление лейкопении – плохой прогностический признак.
	Умеренная гипокалиемия	Выраженная гипокалиемия, гиперкалиемия – плохой прогностический признак
	Умеренная гипопотеинемия	Выраженная гипопотеинемия, диспротеинемия.

– общий анализ мочи – снижение относительной плотности мочи, уменьшение ее количества, белок, гиалиновые и зернистые цилиндры;

– биохимический анализ крови – гипо- и диспротеинемия, гипо- или гиперкалиемия (плохой прогностический признак);

– коагулограмма – коагулопатия и тромбоцитопатия потребления;

– оценка кислотно-щелочного состояния – ацидоз или алкалоз.

5. Ультразвуковое исследование. Эхографическими критериями перитонита являются:

– наличие свободной жидкости в маточно-прямокишечном пространстве, в латеральных каналах брюшной полости, между петлями кишечника, под печенью, диафрагмой;

– появление большого количества газов и жидкости в перерастянутых петлях кишечника;

– резкое ослабление или отсутствие перистальтических волн.

6. Обзорный снимок брюшной полости. Рентгенологическим признаком перитонита является перерастяжение стенок кишечника с наличием множества горизонтальных уровней жидкости и чаш Клойберга.

7. Диагностическая лапароскопия.

Лечение. Лечение острого распространенного перитонита должно быть комплексным – срочное оперативное вмешательство с кратковременной предоперационной подготовкой.

В предоперационную подготовку входят:

- введение обезболивающих препаратов;

- «стартовая» инфузионная терапия гипертоническим раствором 10% натрия хлорида из расчета 3,5 мл/ кг/ 30 мин в соотношении 1:1 с коллоидными растворами (растворы 6-10% гидроксипропилированного крахмала, плазмы и альбумина), объем вводимой жидкости – 1200 мл;
- при ацидозе – введение 200–400 мл 5 % раствора бикарбоната натрия;
- при резком снижении артериального давления – инотропная поддержка допамином (5-15 мкг/кг/мин) внутривенно капельно;
- введение антибиотиков широкого спектра действия за 30 мин до операции.

Главным звеном лечебной программы при всех формах перитонита является оперативное вмешательство, которое при распространенном перитоните всегда выполняется под многокомпонентной общей анестезией с искусственной вентиляцией легких.

Оперативное вмешательство при распространенном перитоните предусматривает выполнение следующих основных задач:

- устранение источника перитонита;
- интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости и полости малого таза;
- дренирование кишечника, находящегося в состоянии пареза;
- применение всех средств ликвидации синдрома кишечной недостаточности;
- завершение первичной операции, выбор дальнейшей тактики ведения пациентки.

Технические особенности выполнения операций у пациенток с перитонитом.

1. Использование рационального доступа – нижнесрединная лапаротомия, обеспечивающая возможность полноценной ревизии и санации всех отделов брюшной полости и полости малого таза.

2. Удаление патологического выпота (гной, кровь, желчь, каловые массы и т.д.) из брюшной полости с помощью электрического отсоса, снабженного специальным наконечником, предотвращающим присасывание петель кишечника и большого сальника. Особое внимание обращается на места скопления экссудата – поддиафрагмальные пространства, боковые каналы, полость малого таза.

3. Восстановление нормальных анатомических взаимоотношений между органами брюшной полости и малого таза с разделением сращений острым путем.

4. Проведение ревизии органов малого таза и брюшной полости, в том числе аппендикса, петель кишечника, подпеченочного и

поддиафрагмального пространств с целью выявления источника или источников перитонита, вторичных изменений.

5. Ликвидация или локализация источника перитонита – экстирпация матки или удаление придатков. Основным является принцип обязательного полного удаления очага деструкции.

6. Разделение сращений между петлями тонкой кишки (острым путем), тщательная ревизия стенок полости абсцесса, проведение аппендэктомии при наличии вторичных гнойно-инфильтративных изменений аппендикса, трансназальная интубация тонкого кишечника зондом (профилактика кишечной непроходимости, улучшение условия эвакуации и репарации).

7. Проведение санации брюшной полости 3–5 л теплого изотонического раствора натрия хлорида с добавлением раствора диоксида (10 мл 10% раствора на 400 мл физиологического раствора). После проведения санации необходимо полностью удалить любой санирующий раствор. При не применении длительной эпидуральной анестезии в брыжейку тонкого кишечника целесообразно ввести 0,5% раствор новокаина (200 мл).

8. Адекватное дренирование брюшной полости (использование активного аспирационно-промывного дренирования) в течение 3–4 суток. Основные дренажи вводятся трансвагинально (через открытый купол влагалища после экстирпации матки или посредством задней кольпотомии при сохраненной матке), дополнительные (2–3 дренажа) – трансабдоминально через контрапертуры в мезогастральных и эпигастральных областях к местам наибольшей деструкции. Критериями прекращения дренирования брюшной полости являются: улучшение состояния пациентки, восстановление функции кишечника, купирование воспалительного процесса в брюшной полости.

В последнее время у пациенток с тяжелой формой перитонита для предупреждения манифестации абдоминальной инфекции применяют лапаростомию с программированной санацией брюшной полости. Критерием эффективности программных санаций брюшной полости и хорошим прогностическим признаком может быть смена в микробной ассоциации основного возбудителя после каждой санации. Это явление, определяемое антагонистическими отношениями микроорганизмов в ассоциации, не позволяет развиваться суперинфекции.

Интенсивное развитие эндовидеохирургических технологий обеспечило возможность выполнения программированной или возникающей по показаниям повторной санации брюшной полости, не прибегая к релапаротомии. Имеющиеся для этого специальные элеваторы позволяют избежать необходимости массивной инсuffляции газа в

брюшную полость и успешно производить ревизию и санацию различных ее отделов.

9. Зашивание передней брюшной стенки отдельными швами из капрона или капроага через все слои в два этажа (брюшина – апоневроз и подкожная клетчатка – кожа).

10. Профилактика септического шока во время операции, послеоперационных гнойно-септических осложнений проводится всем пациенткам путем одномоментного введения антибиотиков (комбинации пенициллинов с ингибиторами β -лактамаз, цефалоспорины III поколения, меронемы) в момент проведения кожного разреза, продолжения их введения в послеоперационном периоде.

В послеоперационном периоде всем пациенткам проводится интенсивная терапия, включающая:

1. Адекватное обезболивание – длительная эпидуральная анестезия, при наличии противопоказаний – наркотические анальгетики в течение первых 3-х суток в сочетании с антигистаминными и седативными препаратами.

2. Антибактериальную терапию максимальными разовыми и суточными дозами. Рекомендован прием следующих лекарственных средств или их комбинаций:

- монотерапия ингибиторозащищенными пенициллинами – тикарциллин/клавулановая кислота в разовой дозе 3,1 г, суточной дозе 12,4 г;

- цефалоспорины III поколения или их комбинации с производными нитроимидазола: цефотаксим (разовая доза 2,0 г, суточная доза 6–8 г, курсовая доза 30,0 г) + метронидазол (разовая доза 0,5 г, суточная доза 1,5 г, курсовая доза 4,5 г), цефтазидим (разовая доза 2,0 г, суточная доза 4–6 г, курсовая доза 24 г) + метронидазол, цефтриаксон (разовая доза 2,0 г, суточная доза 4–6 г, курсовая доза 24 г) + метронидазол;

- комбинации линкозамидов и аминогликозидов: линкомицин (разовая доза 1,2 г, суточная доза 2,4 г, курсовая доза 12 г) + гентамицин (разовая доза 0,24 г, суточная доза 0,24 г, курсовая доза 1,2 г) или амикацин (доза 15–20 мг/кг/сут в 1–2 введения), клиндамицин (разовая доза 0,9 г, суточная доза 2,7 г, курсовая доза 12 г) + гентамицин (амикацин);

- монотерапия карбапенемами: меропенем внутривенно струйно медленно или внутривенно капельно в разовой дозе 1,5–2 г, суточной дозе 4,5–6 г, курсовой дозе 22,5–30 г или имипенем/циластин внутривенно капельно в разовой дозе 1 г, суточной дозе 3 г, курсовой дозе 15 г.

Продолжительность антибиотикотерапии определяется ее эффективностью, которую необходимо оценивать через 48–72 ч после начала и при необходимости корректировать. К критериям эффективности антибактериальной терапии относятся:

- положительная динамика симптомов абдоминальной инфекции;
- снижение лихорадки (максимальная температура тела не выше 38,9°C);
- уменьшение интоксикации;
- уменьшение выраженности системной воспалительной реакции.

При отсутствии стойкого клиничко-лабораторного ответа на адекватную антибактериальную терапию в течение 5–7 дней необходимо проведение дополнительного обследования (ультразвуковое исследование, компьютерная томография и другие) для выявления осложнений или очага инфекции другой локализации.

Критериями прекращения антибактериальной терапии являются:

- отсутствие симптомов системной воспалительной реакции:
 - температура тела менее 38°C и более 36°C,
 - частота сердечных сокращений менее 90 уд/мин,
 - частота дыхания менее 20/мин;
 - лейкоциты менее $12,0 \times 10^9$ /л или более $4,0 \times 10^9$ /л, количество палочкоядерных нейтрофилов менее 10%;
- отсутствие полиорганной недостаточности, если причина таковой была связана с инфекцией;
- восстановление функции желудочно-кишечного тракта;
- отсутствие нарушения сознания.

Сохранение только одного признака бактериальной инфекции (лихорадка или лейкоцитоз) не является абсолютным показанием для продолжения антибактериальной терапии.

Изолированная субфебрильная лихорадка (максимальная дневная температура тела в пределах 37,9 °C) без озноба и изменений в периферической крови может быть проявлением постинфекционной астении или небактериального воспаления после оперативного вмешательства и не требует продолжения антибактериальной терапии, как и сохранение умеренного лейкоцитоза ($9\text{--}12 \times 10^9$ /л) при отсутствии сдвига лейкоцитарной формулы влево и других признаков бактериальной инфекции.

Длительность эффективной антибактериальной терапии в большинстве случаев составляет 7–10 дней. Более длительная антибиотикотерапия нежелательна из-за риска развития возможных осложнений лечения, селекции резистентных штаммов микроорганизмов и возникновения суперинфекции.

3. Инфузионную терапию (кристаллоидные, коллоидные растворы). Объем инфузий определяется величиной центрального венозного давления и диуреза. При сохраненной функции почек он должен составлять в среднем 35–40 мл/кг массы тела в сутки, при повышении температуры тела на 1°C – увеличивается на 5 мл/кг массы тела, при тяжелом течении заболевания – до 4–6 л при форсированном диурезе.

4. Стимуляцию кишечника путем применения эпидуральной блокады, адекватной инфузионной терапии в объеме нормо- или незначительной гиперволемии, использования метоклопрамида, при отсутствии эффекта – прозерина, калимина, убретида, коррекции гипокалиемии.

5. Использование ингибиторов протеаз, изменяющих протеолитическую активность крови, устраняющих гемокоагуляционные нарушения, потенцирующих действие антибиотиков: гордокс – 300000–500000 ЕД, контрикал – 800000–1500000 ЕД, трасилол – 125000–200000 ЕД.

6. Гепаринотерапию (10000 ЕД в сутки) или назначение низкомолекулярных аналогов гепарина (фраксипарин, фрагмин, клексан).

7. Глюкокортикоиды – преднизолон в суточной дозе 90–120 мг с постепенным снижением дозы и отменой препарата через 5–7 дней.

8. Дезагреганты (курантил, трентал).

9. Гепатотропные (эссенциале, карсил, спазмолитики) препараты, кардиотоники (сердечные гликозиды; препараты, улучшающие трофику миокарда), лекарственные средства, улучшающие функцию мозга (ноотропил, церебролизин).

10. Симптоматическую терапию – витамины, лекарственные средства, улучшающие метаболические процессы в клетках и тканях, регулирующие окислительно-восстановительные процессы.

11. Экстракорпоральные методы детоксикации по показаниям.

12. Иммунозамещающую и иммунокорректирующую терапию.

ГЛАВА 5

ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

При работе с девочками врачу педиатру приходится встречаться с гинекологическими заболеваниями, клиника которых сопровождается симптомокомплексом острого живота:

- внематочная беременность (у девочек-подростков, живущих половой жизнью), апоплексия яичника;
- перекрут ножки опухоли яичника, разрыв капсулы опухоли яичника, перекрут нормальных придатков матки, нарушение питания миоматозного узла;
- пиосальпинкс, пиовар, пельвиоперитонит.

В силу физиологических особенностей детского организма в части случаев постановка правильного диагноза бывает затруднена.

При обследовании пациенток с подозрением на острый живот необходимо обращать внимание на внезапность появления болей в животе среди кажущегося здоровья, наличие симптомов раздражения брюшины, тошноту, рвоту, нарушение нормального отхождения газов и кала.

При остром животе у детей, независимо от причин возникновения, отмечаются те же клинические симптомы, что и у взрослых. Главным и обязательным из них являются боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в задний проход, лопатку, надключичную область. Характер болей может быть разным: чаще отмечаются постоянные острые интенсивные боли, реже – спастические, пульсирующие, колющие.

Особенностью острого живота у детей является значительно более частое, чем у взрослых, появление диспепсических явлений. Практически всегда отмечается рвота, которая, имея рефлекторное происхождение, возникает в начале заболевания, или, в результате токсемии, по мере нарастания клиники заболевания.

Важным симптомом острого живота у детей является нарушение стула и отхождения газов. Нарушения акта дефекации могут проявляться как запором, так и поносом.

Для правильной постановки диагноза важно собрать подробный анамнез, придерживаясь следующей схемы: паспортные данные, жалобы, перенесенные заболевания, функции половой системы (менструальная, половая, секреторная), кишечника и мочевыводящей системы, наличие болей и их характер, история развития настоящего заболевания.

Внезапность наступления заболевания, тревожное поведение пациентки, невозможность в ряде случаев получить информацию о начале заболевания ставят на первый план методы объективного и лабораторно-инструментального исследования. Необходимо оценить общее состояние

пациентки (обязательно измерение артериального давления, определение частоты пульса), произвести аускультацию легких и сердца, пальпацию, перкуссию и аускультацию брюшной полости. После этого проводят ректально-абдоминальное исследование (у девочек, живущих половой жизнью, – бимануальное влагалищно-брюшностеночное исследование).

Начиная с периода новорожденности и до пубертатного периода практически единственным гинекологическим заболеванием, которое может стать причиной острого живота у девочек, являются осложненные **опухоли яичников**. По данным статистики, опухоли и опухолевидные образования яичников встречаются у 8% детей и подростков до 18 лет. Среди них врожденные тератомы яичников составляют 61% (чаще других опухолей осложняются перекрутом ножки), фолликулярные кисты – 16% (могут осложниться разрывом капсулы). Перекрутом ножки осложняются от 15 до 25% опухолей, частота патологии составляет 1 случай на 100 девочек в возрасте от 0 до 18 лет.

Клиника острого нарушения кровоснабжения опухоли яичника в результате перекрута ножки в детском возрасте сходна с клиникой у взрослых женщин. Заболевание начинается внезапно с появления резких болей в животе, сопровождающихся тошнотой, рвотой. Мышцы передней брюшной стенки напряжены, определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Состояние пациентки быстро ухудшается, появляются бледность кожных покровов, холодный пот, тахикардия, повышается температура тела. При гинекологическом исследовании сбоку от матки определяется образование, попытки смещения которого вызывают резкую боль. Нередко ректально-абдоминальное исследование затруднено из-за резкой болезненности и напряжения мышц живота.

При сборе анамнеза часто удается выяснить, что появлению болей предшествовали подвижные игры, танцы, бег.

Трудности диагностики перекрута ножки опухоли у девочек раннего возраста связаны с отсутствием в анамнезе указаний на уже диагностированные ранее опухоли яичников (девочкам без показаний не проводятся внутреннее гинекологическое исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза). Кроме того, в связи с анатомическими особенностями органов малого таза в детском возрасте опухоли яичников у девочек чаще находятся не в малом тазу, а в брюшной полости. Это не позволяет четко пропальпировать опухоль при проведении ректоабдоминального исследования: в малом тазу она не определяется, а напряжение мышц передней брюшной стенки не позволяет обнаружить ее при глубокой пальпации живота. В связи с этим для выяснения причин острого живота у девочек необходимо проводить ультразвуковое исследование органов малого таза, а при сохранении сомнений – диагностическую лапароскопию или лапаротомию. Обнаружение опухоли яичника в малом тазу или в брюшной по-

лости ультразвуковыми методами при наличии абдоминального синдрома является подтверждением диагноза перекрута ножки опухоли яичника.

При выборе объема оперативного вмешательства при перекруте ножки опухоли яичника необходимо помнить о необходимости сохранения репродуктивной функции и по возможности оставлять здоровую часть яичника. Однако при полном перекруте ножки опухоли яичника с развитием некротических явлений более целесообразно удалять придатки матки с опухолью для профилактики послеоперационных осложнений.

Разрыв (апоплексия) яичника, особенно ее анемическая форма, встречается у девочек достаточно редко и возникает, как правило, у девочек-подростков с установившимся менструальным циклом в различные его фазы, но чаще в период овуляции (14 день цикла) и в стадии васкуляризации желтого тела (21–26 дни цикла).

Провоцирующими моментами апоплексии яичника могут явиться травма, физическое напряжение, но данная патология может возникнуть в состоянии покоя или во сне.

Клиническая картина апоплексии яичника зависит от величины внутреннего кровотечения, не отличается от проявлений данной патологии во взрослом возрасте и складывается из болевого синдрома (внезапные острые боли постоянного характера внизу живота с иррадиацией в область заднего прохода), нередко сопровождающегося тошнотой, рвотой, и симптомов внутреннего кровотечения (бледность кожных покровов, частый пульс, снижение артериального давления, френрикус-симптом).

При осмотре девочки обнаруживают напряжение мышц передней брюшной стенки, выраженные симптомы раздражения брюшины. При перкуссии живота определяется свободная жидкость в брюшной полости. При ректально-абдоминальном исследовании пальпируют матку нормальных размеров, увеличенный яичник шаровидной формы, мягковатой консистенции, резко болезненный.

В общем анализе крови наблюдается снижение количества эритроцитов и гемоглобина на фоне нормального или незначительно увеличенного числа лейкоцитов без сдвига лейкоцитарной формулы.

Диагностика апоплексии яичника в детском возрасте представляет определенные трудности из-за того, что у девочек, не живущих половой жизнью, не проводится бимануальное влагалищно-брюшностеночное исследование, затруднено проведение кульдоцентеза – процедуры, дающей представление о характере выпота в брюшной полости и позволяющей правильно оценить ситуацию, выбрать тактику дальнейшего ведения.

В связи с этим при подозрении на апоплексию яичника у девочки-подростка необходимо адекватно оценить тяжесть общего состояния по показателям гемодинамики и основных жизненно важных функций организма (сознание, дыхание, диурез), провести прямокишечно-

брюшностеночное, ультразвуковое исследования, общий анализ крови. В сложных для диагностики случаях, а также при нарастании клинических симптомов внутреннего кровотечения и ухудшении общего состояния пациентки показана лапаротомия или лапароскопия.

Лечение. При отсутствии признаков обильного внутреннего кровотечения в брюшную полость можно ограничиться консервативными мероприятиями: покой, холод на низ живота, гемостатическая терапия. При значительном кровотечении показано оперативное лечение – органосохраняющая операция.

Среди других причин острого живота в детской гинекологии врачу необходимо помнить о **воспалительных заболеваниях матки и придатков** (острый гнойный сальпингит, гнойные tuboовариальные образования), которые нередко принимают за острые хирургические заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, острая кишечная непроходимость).

Этиология воспаления у девочек может быть неспецифической и специфической (гонорея, туберкулез). Воспаление придатков матки встречается не редко, при этом картина острого живота может быть связана с разрывом двусторонних tuboовариальных гнойных опухолей туберкулезной этиологии; с нагноением гематосальпинксов при пороках развития внутренних половых органов, заращении девственной плевы; при распространении воспаления с червеобразного отростка; при наличии экстрагенитальной инфекции.

Для постановки диагноза большое внимание уделяется анамнезу. Гинекологическое заболевание обычно начинается постепенно, пациентки привыкают к слабой боли внизу живота и пояснице. За несколько дней до появления острой боли в животе они отмечают слабость, вялость, анорексию, познабливание, повышение температуры тела. В отдельных случаях могут наблюдаться дизурические расстройства и позывы к дефекации. Внезапно боли в животе начинают нарастать, возможны тошнота, озноб, повышение температуры тела, задержка стула и газов. Черты лица заостряются, язык сухой, тахикардия, отмечается вздутие живота, напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при пальпации, симптомы раздражения брюшины. В общем анализе крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Ректально-абдоминальное исследование резко болезненно, затруднено. Характерны гнойные выделения из цервикального канала, резкая болезненность при смещении шейки матки.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым аппендицитом.

В практике неотложной детской гинекологии важно помнить о существовании **псевдоабдоминального синдрома** или ложного острого живота.

Псевдоабдоминальный синдром (греч. pseudēs ложный + лат. abdominalis; син ложный острый живот) – клинический синдром, условно

объединяющий симптоматику заболеваний и патологических состояний, которая имитирует острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Однако в отличие от заболеваний, составляющих синдром острого живота, при псевдоабдоминальном синдроме не требуется срочного оперативного вмешательства.

Псевдоабдоминальный синдром может возникать при заболеваниях:

- органов брюшной полости (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острый энтероколит, спастический колит, острый гепатит и другие);
- органов дыхания (острая плевропневмония, плеврит, спонтанный пневмоторакс);
- сердечно-сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда);
- мочевой системы (острый пиелит, пиелонефрит, паранефрит, мочекаменная болезнь, почечная колика, острая задержка мочи);
- центральной и периферической нервной системы (менингит, энцефалит, опухоли головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, острый радикулит, ушиб головного мозга, межреберная невралгия);
- инфекционных (грипп, пищевая токсикоинфекция, корь, скарлатина, ветряная оспа, иерсиниоз и другие);
- крови (гемолитическая анемия, острый лейкоз, геморрагический диатез, системные васкулиты: абдоминальная форма узелкового периартериита, системная красная волчанка);
- сахарный диабет, гипертиреоз (тиреотоксический криз), микседема (гипотиреотидная кома), хроническая надпочечниковая недостаточность, тетания;
- наследственных, связанных с нарушением обмена (острая интермиттирующая порфирия, вторичная порфирурия, гемохроматоз, эссенциальная гиперлипемия);
- отравлениях и передозировках (таллием, хроническая свинцовая интоксикация, лекарственная болезнь).

Клинически псевдоабдоминальный синдром может проявляться:

- локализованными или разлитыми болями в животе;
- напряжением мышц передней брюшной стенки;
- симптомами раздражения брюшины;
- повышением температуры тела;
- симптомами желудочной и кишечной диспепсии в различных сочетаниях и разной выраженности;
- снижением артериального давления и уменьшением содержания в крови гемоглобина.

В формировании болевого синдрома определенную роль играют лабильность центральной нервной системы в детском возрасте, общность

иннервации грудной клетки, ее органов и органов брюшной полости, раздражение диафрагмальных, симпатических и блуждающих нервов, застойные явления в органах брюшной полости, спазм, растяжение, смещение внутренних органов.

Клиническое сходство псевдоабдоминального синдрома с синдромом острого живота обуславливает необходимость экстренной госпитализации.

Диагноз псевдоабдоминального синдрома является предварительным, ориентировочным. Он должен быть уточнен при дифференциальной диагностике, которая может быть затруднена в связи со стертостью клинической картины (снижение реактивности организма в детском возрасте), атипичностью течения заболевания при тяжелой сопутствующей патологии (например, эндокринные заболевания, поражения центральной нервной системы) и индивидуальными особенностями анатомического строения тех или иных органов.

Основу диагностики составляет тщательно собранный анамнез заболевания. Следует обращать внимание на последовательность возникновения симптомов, время возникновения болевых ощущений, характер боли и ее иррадиацию, провоцирующие и облегчающие боль факторы. Для псевдоабдоминального синдрома характерны висцеральные (тупые, давящие, с неотчетливой локализацией), диафрагмальные (иррадируют в область лопаток и загрудинное пространство, усиливаются при движениях диафрагмы – дыхание, кашель) боли, в меньшей степени – париетальные (упорные, длительные, сверлящие, колющие, чаще локализованные, усиливающиеся при движениях, кашле, глубоком вдохе, надавливании в области раздражения брюшины, выражено защитное напряжение мышц). Боли в нижних отделах живота при воспалительных гинекологических заболеваниях часто связаны с менструальным циклом, сопровождаются лихорадкой и кровянисто-гнойными выделениями из влагалища.

Общий осмотр пациентки и оценка общего состояния позволяют определить тяжесть заболевания. Отсутствие или спутанность сознания говорят о черепно-мозговой травме, диабетической или гипогликемической коме и необходимости проведения неотложных мероприятий. Бледность, сонливость, холодные цианотичные конечности могут свидетельствовать об угрозе гиповолемического шока. Возбуждение, беспокойство могут быть при почечной колике, спонтанном пневмотораксе и не всегда отражают истинную тяжесть состояния. Выявленная желтушность кожи и слизистых оболочек требует исключения механической (острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз) или паренхиматозной (острый гепатит, цирроз печени) желтухи. Резкое повышение температуры тела в самом начале заболевания больше характерно для воспалительных и инфекционных за-

болеваний – острой пневмонии, пиелонефрита, паранефрита, менингита, гриппа и других.

Определенную помощь в дифференциальной диагностике с заболеваниями органов грудной клетки могут оказать аускультация сердца и легких, перкуссия грудной клетки, измерение частоты пульса и артериального давления, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, электрокардиография.

При исследовании живота обращают внимание на его форму, симметричность, проводят пальпацию, перкуссию и аускультацию. При осмотре брюшной стенки могут выявляться ограничение дыхательной экскурсии (чаще при перитоните), несимметричность живота за счет опухолевидных образований брюшной полости или вздутых кишечных петель. При пальпации определяют область максимальной болезненности и защитное напряжение мышц, обследуют область наружных паховых колец и бедренных треугольников с целью исключения ущемленной грыжи. С помощью перкуссии можно оценить, является ли причиной увеличения живота скопление жидкости (асцит) или газа (кишечная непроходимость). При псевдоабдоминальном синдроме можно выявить локальное защитное напряжение мышц передней брюшной стенки и симптом Щеткина – Блюмберга, угнетение или усиление перистальтики кишечника. Однако эти симптомы обычно не выражены, непостоянны, их интенсивность изменяется при динамическом наблюдении.

Важное значение имеет обзорная рентгенография брюшной полости, позволяющая выявить или исключить наличие свободного газа, признаки непроходимости кишечника, конкременты желчного пузыря, почек и мочеточников. Пальпация и перкуссия области почек позволяют предположить их патологию. Пальцевое ректальное и ректально-брюшностеночное исследования имеют важное дифференциально-диагностическое значение для исключения патологии прямой кишки, заболеваний органов малого таза у девочек.

Существенное диагностическое значение имеют клинические анализы крови, мочи, определение времени свертывания крови и длительности кровотечения, коагулограмма, биохимическое исследование крови (содержание билирубина, холестерина, амилазы, мочевины, креатинина и др.).

При необходимости проводят рентгеноконтрастное исследование, компьютерную томографию, ультразвуковую сонографию. Важное значение имеют эндоскопические методы исследования: вагиноскопия (для диагностики аномалий развития полового тракта), эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия и др.

В тех случаях, когда с помощью всего комплекса методов исследования невозможно исключить острое хирургическое заболевание органов

брюшной полости, проводят лапароскопию, в редких случаях – диагностическую лапаротомию.

Часто в клинической практике у девочек приходится сталкиваться с альгоменореей, гематокольпосом при гинатрезиях, которые иногда сопровождаются интенсивными болями в животе вплоть до появления перитонеальных симптомов, образуя симптомокомплекс ложного острого живота, что требует проведения дифференциальной диагностики с апоплексией яичника и перекрутом ножки опухоли яичника.

Альгоменорея – это патологическое состояние, характеризующееся резкими приступами болей во время менструации, локализующихся внизу живота, в области крестца, поясницы и сопровождающихся общим недомоганием (общая слабость, тошнота, головная боль и другие). В структуре гинекологической заболеваемости у детей эта патология занимает одно из ведущих мест, составляя по некоторым литературным данным до 22%. Наиболее часто диагноз альгодисменореи выставляется у девушек в возрасте от 15 до 19 лет.

Классификация. Альгоменорея делится на:

- первичную – не связана с органическими изменениями репродуктивной системы и чаще выявляется среди подростков;
- вторичную – является симптомом ряда гинекологических заболеваний (эндометриоз, пороки развития внутренних половых органов, сопровождающиеся нарушением оттока менструальной крови, воспалительные заболевания органов малого таза и другие).

Этиология и патогенез. Первичная альгоменорея у подростков возникает на фоне дисфункции гипоталамо-гипофизарного комплекса в периоде становления репродуктивной системы. Определенную роль в этиологии заболевания играют перенесенные девочкой инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы, психоэмоциональные напряжения, избыточные интеллектуальные нагрузки, стрессы.

Основной причиной спастических сокращений матки, возникновения вегетативных расстройств считается гиперпростагландинемия.

Клиника. Основным симптом проявления первичной альгоменореи – боль, которая начинается в первые дни менструации, продолжается 1–3 дня, носит спастический характер, локализуется внизу живота, может иррадиировать в поясницу, крестец и сопровождаться разнообразными проявлениями вегетативной дисфункции (головная боль, тошнота, рвота, слабость, артериальная гипотония). При общем и гинекологическом осмотре патология не выявляется.

О вторичной альгоменорее следует думать, если у девушки появились боли во время менструации позднее чем через 2 года после менархе, после периода безболезненных менструаций.

Наиболее часто альгоменорея сопровождается эндометриоз, при этом боль носит ноющий давящий характер, менструальная функция нарушается (нерегулярный менструальный цикл, меноррагия, менометроррагия), при гинекологическом осмотре выявляют изменения, характерные для данной патологии в зависимости от локализации процесса и степени его выраженности.

Причиной вторичной альгоменореи могут быть пороки внутренних половых органов с нарушением оттока менструальной крови: двурогая матка, полная или неполная перегородка в теле матки, рудиментарный рог матки, перегородка влагалища (полная или неполная), заращение девственной плевы.

Причиной болей при менструациях у подростков могут стать опухоли и кисты яичников, спаечный процесс в брюшной полости и в малом тазу.

Диагностика. Диагноз альгоменореи у девушек ставится на основании жалоб, анамнеза жизни и настоящего заболевания, данных объективного осмотра, гинекологического исследования и дополнительных методов обследования (тесты функциональной диагностики, ультразвуковое исследование, лапароскопия по показаниям).

Дифференциальная диагностика. Боли в нижних отделах живота, разнообразные проявления вегетативной дисфункции, нередко неадекватное поведение девочек приводят к необходимости исключать другие более серьезные заболевания органов малого таза.

При проведении дифференциальной диагностики необходимо помнить, что для альгоменореи характерно возникновение болей не ранее чем за два дня до начала очередной менструации и исчезновение в первые три дня после начала месячных. Для болевого синдрома при данной патологии характерны схваткообразный характер с периодом усиления в 2 – 3 минуты, иррадиация в область крестца, облегчение в коленно-локтевом положении или в положении лежа на боку с приведенными к животу ногами. В то же время абсолютно не типична односторонность. При бимануальном (влагалищно-брюшностеночном или ректоабдоминальном) исследовании изменений со стороны матки и придатков не обнаруживается. Отсутствие очаговой патологии подтверждается и при проведении ультразвукового исследования. Клинико-лабораторное исследование крови, мочи и мазков также не выявляет признаков патологии. Температура тела редко может быть субфебрильной, но не выше 37,5°C.

Очень сложно в оценке общего состояния опираться на показатели гемодинамики и сознания, так как довольно часто у девочек с альгоменореей бывает лабильная психика, что приводит к истероидным реакциям с обмороками, а вегетативный компонент болевого синдрома сопровождается тахикардией и снижением артериального давления. Однако при внеш-

нем осмотре в отличие от заболеваний, сопровождающихся внутренним кровотечением, окраска кожных покровов при альгоменорее остается физиологической, при перкуссии живота не определяются признаки скопления жидкости, хорошо выслушивается перистальтика кишечника. Одним из дифференциально-диагностических критериев при альгоменорее является принцип диагностики *ex juvantibus*. Так, назначение ингибиторов простагландинов (нестероидные противовоспалительные лекарственные средства) и спазмолитиков значительно улучшает самочувствие пациентки вплоть до полного исчезновения клинических проявлений.

Оценку состояния живота (пальпация, определение симптомов раздражения брюшины) лучше всего провести повторно после назначения вышеописанного пробного лечения. В этом случае мышцы живота принимают участие в акте дыхания, при пальпации передняя брюшная стенка мягкая, симптом Щеткина – Блюмберга не определяется. Уточнение диагноза в тех случаях, когда имеются перитонеальные симптомы, необходимо проводить только в условиях стационара, в сомнительных случаях своевременно использовать более эффективные методы диагностики (лапароскопия).

Аномалии развития половых органов встречаются редко, но в части случаев могут сопровождаться интенсивными болями и имитировать клинику острого живота. Подобное состояние возникает у девочек с аномалиями развития половых органов с полной и частичной задержкой оттока менструальной крови. К аномалиям развития половых органов с полной задержкой оттока менструальной крови относятся атрезия девственной плевы, аплазия влагалища (нижней, средней и верхней трети) при функционирующей матке, к аномалиям развития половых органов с частичной задержкой оттока менструальной крови – неполное удвоение матки с наличием добавочного замкнутого влагалища, неполное удвоение матки с наличием добавочного рудиментарного замкнутого рога матки.

При *атрезии девственной плевы*, начиная с периода менархе, выше места атрезии начинает накапливаться менструальная кровь. Увеличение объема скопившейся крови за время каждой последующей менструации приводит к растяжению стенок влагалища, формированию гематокольпоса, появлению болей в нижних отделах живота. При распространении процесса на матку развивается гематометра, боли приобретают схваткообразный характер, в запущенных случаях наблюдаются гематосальпинкс, гематоперитонеум. Частичное всасывание крови слизистой стенок влагалища может вызвать повышение температуры тела. Таким образом, клиника гематокольпоса (гематометры, гематосальпинкса) напоминает симптомы перекрута ножки опухоли яичника.

Уточнить диагноз позволяет осмотр наружных половых органов. При атрезии девственной плевы можно увидеть, что вход во влагалище за-

крыт тонкой пленочкой, через которую просвечивает скопившаяся выше кровь.

При ректальном исследовании при атрезии девственной плевы прямая кишка сдавлена образованием овоидной формы, тугоэластической консистенции, выполняющим малый таз, болезненным при пальпации; матка пальпируется высоко над данным образованием.

Проведение ультразвукового исследования при больших объемах гематокольпоса в большинстве случаев не позволяет уточнить характер патологического процесса, а в части случаев выносятся ошибочное заключение о наличии опухоли придатков.

Лечение атрезии девственной плевы заключается в ее рассечении. В осложненных случаях (гематосальпинкс, гематоперитонеум) необходимо одновременное проведение лапароскопии и санации полости малого таза. Удаление труб показано только при их необратимых изменениях (нагноившийся гематосальпинкс).

При *аплазии влагалища* у пациенток клинические проявления патологии такие же, как при атрезии девственной плевы, однако боли у них появляются раньше ввиду ограничения объема для скопившейся крови.

При гинекологическом осмотре строение наружных половых органов не отличается от нормы, но при зондировании влагалища через отверстие в девственной плеве можно обнаружить наличие сплошной поперечной перегородки на некотором расстоянии от преддверия.

При ректальном исследовании выше отсутствующей части влагалища определяется опухолевидное образование, на котором распластана резко укороченная или сглаженная шейка матки и матка, при аплазии верхней трети влагалища – округлое болезненное образование по центру таза.

Более информативно проведение вагиноскопии с помощью специальных зеркал с осветительным прибором или с помощью гистеро- или цистоскопа.

Ультразвуковое исследование позволяет оценить наличие гематокольпоса, гематометры, гематосальпинкса.

Лечение аплазии влагалища – хирургическое (восстановление проходимости влагалищной трубки).

Особенно сложна диагностика при сочетании *удвоения половых органов (матки и влагалища) с частичной аплазией одного из влагалищ*.

Заподозрить наличие этой патологии можно на основании жалоб на периодические (ежемесячно, примерно в одно и те же числа) боли внизу живота у девочек, достигших возраста полового созревания, с развитием вторичных половых признаков соответственно возрасту (телархе, пубархе, аксилархе). Боли постоянные, чаще тупые, ноющие, иногда распирающего характера без иррадиации. В анамнезе могут быть упоминания на существование у пациентки аномалий развития мочевыделительной системы

(аплазия почки на стороне замкнутого рудиментарного влагалища), действие вредных факторов на организм женщины (матери девочки) во время беременности. При длительном существовании гематокольпоса содержащее его может инфицироваться, что клинически проявляется повышением температура тела, дергающим, пульсирующим характером боли.

При ректоабдоминальном исследовании сбоку и ниже от матки определяют неподвижное опухолевидное одностороннее образование.

При данной патологии довольно часто ошибочно выставляют диагнозы тубоовариальный абсцесс, нагноившаяся эндометриоидная киста, нагноившаяся параовариальная киста и ошибочно проводят чревосечения.

Существуют следующие методы лечения удвоения половых органов (матки и влагалища) и частичной аплазии одного из влагалищ:

- консервативно-хирургическое – рассечение стенки добавочного замкнутого влагалища, создание сообщения между ним и функционирующим влагалищем;
- радикальное хирургическое – лапаротомия, экстирпация матки с замкнутым влагалищем (показания – пиометра, пиосальпинкс, наличие органической патологии).

При неполном удвоении матки с наличием добавочного рудиментарного замкнутого рога матки дисменорея возникает со второй или третьей менструации, при этом отмечается прогрессирование болевого синдрома.

В диагностике данной патологии основное значение имеют ультразвуковое исследование органов малого таза и почек, гистероскопия. У 60% пациенток с данной аномалией имеется аплазия почки на стороне замкнутого рудиментарного рога матки, у 50% пациенток отсутствуют придатки у замкнутого рудиментарного рога матки. При гистероскопии обращает на себя внимание отсутствие трубного угла на стороне рога матки.

При аплазии одного из влагалищ при удвоении половых органов трудно дифференцировать клиническую картину гематокольпоса от истинного острого живота на основании данных объективного исследования сложно. Вместе с тем, при объективном исследовании в отличие от истинного острого живота практически всегда отсутствуют симптомы раздражения брюшины, напряженность передней брюшной стенки, живот принимает участие в акте дыхания, не вздут. Изредка может появляться вегетативный компонент болевого синдрома, выражающийся тошнотой и рвотой. Гемодинамика стабильна. Не бывает нарушения сознания. В анализах крови и мочи нет отклонений от нормальных значений, за исключением умеренного лейкоцитоза, носящего преходящий характер и связанного с резорбцией крови. При наблюдении в динамике отмечается постепенное улучшение самочувствия и уменьшение болевых ощущений. В этом случае информативно проведение вагиноскопии, ультразвукового исследования органов малого таза.

Уточнение диагноза при подозрении на гематокольпос необходимо проводить в специализированном стационаре, оснащенном диагностическим оборудованием, позволяющим выявить аномалии развития внутренних половых органов.

АЛГОРИТМЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища (кульдоцентез) – метод исследования, позволяющий получить жидкость (кровь, гной, экссудат) из полости малого таза при различных патологических процессах.

Проводится с целью дифференциальной диагностики различных заболеваний (внематочная беременность, разрыв кисты яичника, апоплексия яичника, воспалительные заболевания, опухоли яичников, подозрение на малигнизацию и др.) на основании характера жидкости, полученной из брюшной полости при аспирации.

1. Обработать наружные половые органы раствором антисептика.
2. Произвести гинекологическое исследование (влагалищное, бимануальное).
3. Ввести ложкообразное зеркало и подъемник, обнажить влагалищную часть шейки матки в зеркалах.
4. Обработать влагалище и шейку матки раствором антисептика.
5. Заднюю губу шейки матки захватить пулевыми щипцами и оттянуть кпереди вниз.
6. В растянутый таким образом задний свод влагалища строго по средней линии (между крестцово-маточными связками) ввести толстую длинную иглу, надеть на шприц, на глубину 1–2 см.
7. Жидкость извлечь обратным движением поршня или одновременно с медленным извлечением иглы. По показаниям провести бактериологическое и/или цитологическое исследование.

Осложнения редки: попадание иглы в сосуд параметрия, влагалища или матки, ранение кишечника (специального лечения не требует).

Алгоритм действий при геморрагическом шоке

Цель лечебных мероприятий – остановить кровотечение, поддерживать умеренную гипотонию и гемодилюцию для предупреждения увеличения кровопотери, обеспечить повышенную доставку кислорода на этапах транспортировки пациентки и проведения операции.

1. Пунктировать и катетеризировать центральную и/или любую доступную периферическую вену. Приступить к переливанию раствора кристаллоидов и коллоидного раствора в зависимости от объема измеренной или предполагаемой кровопотери (таблица 4) со скоростью до 100 мл/мин. до повышения АД и его стабилизации на уровне среднего артериального давления не ниже 60 мм рт.ст.

Переливание концентрата тромбоцитов показано при снижении их уровня ниже $50 \times 10^9/\text{л}$ и появлении петехиальной кровоточивости (терапевтической дозой является переливание 4–6 доз концентрата тромбоцитов).
Таблица 4 – Ориентировочный объем и состав трансфузионных сред в зависимости от объема кровопотери, мл (на массу тела 70 кг)

Объем кровопотери, % ОЦК	Трансфузионные среды, мл					
	СЗП	кристаллоиды	коллоиды (ГЭК)	альбумин	эритро-масса	тромбо-масса
< 750 мл (< 15%)	-	1500	400-500	-	-	-
750- 1500 мл (15-30 %)	-	1500-2000	600-1000	100	-	-
1500-2000 мл (30-40 %)	1000-1500	1500-2000	800-1200	100-200	400-600	-
>2000 мл (> 40 %)	1500-2000	1500-2000	1200-1500	200-300	600-1000	4-6 доз

2. Обеспечить адекватную подачу кислорода (интраназальные катетеры, масочная вентиляция, интубация трахеи и перевод на ИВЛ).

3. Катетеризировать мочевого пузыря.

4. Оценить важнейшие жизненные показатели – пульс, АД, частоту дыхания, уровень сознания и на их основе степень тяжести геморрагического шока (таблица 5).

Таблица 5 – Оценка степени тяжести геморрагического шока

Показатель	Степень тяжести			
	I	II	III	IV
Пульс, уд/мин	до 100	100-120	130-140	не определяется
АД сист, мм рт.ст.	90-100	70-90	менее 70	не определяется
Частота дых., мин	16 – 20	20 – 30	30 – 40	> 40
Почасовой диурез, мл	> 30	20 – 30	5 – 15	отсутствует
Состояние ЦНС	легкое возбуждение	возбуждение	заторможенность	спутанное сознание
Объем кровопотери, мл (% ОЦК)	< 750 (< 15%)	750 – 1500 (15 – 30%)	1500 – 2000 (30 – 40%)	>2000 (> 40%)

5. Остановить кровотечение (при неполном аборте – выскабливание матки, при внематочной беременности – лапаротомия, удаление маточной трубы, при апоплексии яичника – резекция и ушивание яичника).

6. Определить групповую принадлежность крови, провести общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, эритроциты, тромбоциты), биохимическое исследование (креатинин, калий, натрий, хлориды, кислотно-щелочное равновесие, общий белок), коагулограмму (протромбиновый индекс, АЧТВ, фибрин, фибриноген, МНО).

7. Ингибиторы протеаз: контрикал, гордокс в дозе в дозе не менее 10 тыс. ЕД/ч с целью подавления избыточного фибринолиза и предотвращения прогрессирования внутрисосудистого свертывания крови, антиагрегатного действия.

8. Препараты, стимулирующие сосудисто-тромбоцитарное звено гемостаза (дицинон, адроксон), АТФ, антиплазминовые препараты – транексамовая кислота (трансамчи) в дозе 500-750 мг на физиологическом растворе.

9. Мембраностабилизаторы: преднизолон до 300 мг, аскорбиновая кислота до 500 мг и др.

10. При систолическом АД менее 70 мм рт.ст. – вазопрессоры (допин 10–15 мкг/кг в мин).

11. Стимуляция диуреза: маннитол 0,5-1 г/кг массы, лазикс дробно 40-80-160 мг при явлениях олигурии, эуфиллин 240 мг.

12. Периодический контроль показателей коагулограммы, количества тромбоцитов, гематокрита, электрокардиографии, кислотно-щелочного равновесия, транспорта кислорода и гемодинамики необходим для корректировки трансфузионной терапии.

Критерием адекватности восполнения дефицита объема циркулирующей крови является центральное венозное давление не менее 10–12 см водного столба, систолическое артериальное давление не менее 100 мм рт.ст., почасовой диурез не менее 30 мл/ч, гемоглобин не менее 70 г/л, эритроциты не менее 2×10^{12} /л, гематокрит не менее 25%, количество тромбоцитов не менее 70×10^9 /л, фибриноген не менее 1,5 г/л, время свертывания крови не более 10 мин.

Диагностическое выскабливание матки

Цель операции: диагностика морфологических изменений эндометрия.

Показания: дифференциальная диагностика маточной и внематочной беременности.

Для выполнения операции необходим следующий набор инструментов: влагалищное зеркало и подъемник, набор расширителей цервикально-

го канала, пулевые и двузубые щипцы, маточный зонд, набор кюреток (№ 2 и №4), два корнцанга, стерильные перчатки.

1. Провести влагалищное и бимануальное исследования.
2. Обработать наружные половые органы раствором антисептика.
3. Шейку матки обнажить с помощью ложкообразного зеркала и подъемника, обработать влагалище и шейку матки раствором антисептика.
4. Фиксировать шейку матки пулевыми щипцами за переднюю губу.
5. Удалить подъемник (влагалищное зеркало во время операции держит операционная сестра).
6. Маточным зондом измерить длину полости матки и определить положение тела матки относительно шейки матки.
7. Расширить цервикальный канал, используя расширители Гегара.
8. Через цервикальный канал в полость матки ввести кюретку №4 и осуществить выскабливание слизистой оболочки. Соскоб собрать в баночку с формалином.
9. Полученные соскобы отправить в патоморфологическую лабораторию, указав необходимые паспортные данные, дату и название операции, клинические данные.

При маточной беременности будут обнаружены элементы плодного яйца, оболочек или части плода, а при внематочной беременности – только децидуальная трансформация эндометрия и феномен Ариас-Стелла.

Проба на хорионический гонадотропин

Методика качественного определения присутствия хорионического гонадотропина в моче («тест на беременность») доступна любой женщине, поскольку тест-системы дешевы и отпускаются в аптеках без рецептов врача. К ним прилагаются подробные инструкции по проведению исследования в домашних условиях.

Тесты представляют собой тонкую полоску, которую необходимо опустить до специальной метки, отмеченной чертой или стрелкой, в емкость с заранее собранной утренней порцией мочи и не вынимать некоторое время (10-30 секунд в зависимости от рекомендаций производителя).

Некоторые тест-системы помещены в пластиковый корпус и имеют специальное окошечко, в которое можно добавить каплю мочи или поместить под струю во время мочеиспускания. Оценка теста производится через определенное время (1-5 мин в зависимости от рекомендаций производителя) по появлению полосок в специальном поле.

При положительном результате появляются две полоски, при отрицательном – одна. Проба реагирует на минимальные концентрации гормона (от 20 мМЕ/мл), однако рекомендуется проводить исследование не ранее 5–10 дня задержки менструации, чтобы избежать ложноотрицательных реакций.

Для определения динамики уровня хорионического гонадотропина исследуют его содержание в сыворотке крови. При нормально протекающей беременности уровень хорионического гонадотропина в первом триместре удваивается каждые два дня.

При внематочной беременности нарастание уровня хорионического гонадотропина происходит значительно медленнее, либо не происходит вовсе, либо наблюдается медленное снижение содержания хорионического гонадотропина в сыворотке крови.

Диагностическая лапароскопия

Лапароскопия – осмотр органов брюшной полости с помощью эндоскопа, введенного через переднюю брюшную стенку. Позволяет проводить дифференциальную диагностику между хирургической и гинекологической патологией.

Показания для выполнения лапароскопии:

- плановые:
 - бесплодие (трубно-перитонеальный фактор);
 - опухоли и опухолевидные образования яичников;
 - миома матки;
 - генитальный эндометриоз;
 - пороки развития внутренних половых органов;
 - боли внизу живота неясной этиологии;
 - создание искусственной непроходимости маточных труб;
- экстренные:
 - внематочная беременность;
 - апоплексия яичника;
 - воспалительные заболевания органов малого таза;
 - подозрение на перекрут ножки или разрыв опухолевидного образования или опухоли яичника, перекрут субсерозной миомы;
 - дифференциальная диагностика между острой хирургической и гинекологической патологией.

Противопоказания к лапароскопии:

- абсолютные:
 - геморрагический шок;
 - заболевания сердечнососудистой и дыхательной системы в стадии декомпенсации;
 - не корригируемая коагулопатия;
 - заболевания, при которых недопустимо располагать пациентку в положении Тренделенбурга (последствия травмы головного мозга, поражения сосудов головного мозга и т.д.);
 - острая и хроническая печеночно-почечная недостаточность;

– рак яичника и рак маточных труб (исключение составляет лапароскопический мониторинг в процессе химиотерапии или лучевой терапии);

- относительные:
 - поливалентная аллергия;
 - разлитой перитонит;
 - выраженный спаечный процесс после перенесенных ранее операций на органах брюшной полости и малого таза;
 - поздние сроки беременности (больше 16–18 недель);
 - подозрение на злокачественный характер образования придатков матки.

Также противопоказаниями к выполнению плановых лапароскопических вмешательств являются:

- имеющиеся или перенесенные менее чем 4 недели назад острые инфекционные и простудные заболевания;
- III–IV степень чистоты влагалищного содержимого;
- неадекватно проведенное обследование и лечение супружеской пары к моменту предполагаемого эндоскопического обследования, планируемого по поводу бесплодия.

Общее обследование перед проведением лапароскопии такое же, как перед любой другой гинекологической операцией.

Методика.

1. Пациентка находится на операционном столе в горизонтальном положении.

2. Рассечь кожу брюшной стенки в области пупка или на 3–4 см ниже края левой реберной дуги по среднеключичной линии, приподнять ее рукой, цапкой или лигатурой (для увеличения расстояния между брюшной стенкой и органами брюшной полости).

3. Ввести иглу Вереша или троакар в месте разреза в брюшную полость под углом 45–60°.

4. Проверить правильность введения иглы Вереша в брюшную полость путем проведения капельного теста, шприцевой или аппаратной пробы.

5. Провести инсуффляцию газа (углекислый газ, закись азота) в объеме 2,5–3 л (при наличии ожирения – до 8–10 л) со скоростью не более 1,5 л/мин. При правильном положении иглы после введения 500 мл газа печеночная тупость исчезает, брюшная стенка равномерно приподнимается.

6. В месте разреза на передней брюшной стенке ввести первый троакар. В момент его введения давление в брюшной полости должно быть 15–18 мм рт.ст., в процессе операции – 10–12 мм рт.ст.

7. Второй и третий троакары ввести в подвздошных областях, четвертый троакар при необходимости установить по средней линии живота на расстоянии 2/3 от пупка до лона, но не ниже горизонтальной линии, соединяющей латеральные троакары.

8. Пациентку расположить в положении Тренделенбурга.

9. Ввести в брюшную полость лапароскоп через первый троакар. Осмотреть зону, расположенную под первым троакаром, для исключения каких-либо повреждений. Затем осмотреть верхние отделы брюшной полости, обращая внимание на состоянии диафрагмы, желудка. В дальнейшем поэтапно осмотреть все отделы брюшной полости, обращая внимание на наличие выпота, патологических образований и распространенность спаечного процесса.

Осложнения.

Специфическими осложнениями, характерными для лапароскопического доступа, являются:

- экстраперитонеальная инфляция газа – попадание газа в различные ткани помимо брюшной полости с развитием подкожной эмфиземы, пневмооментума, пневмомедиастенума или пневмоторакса;
- повреждения сосудов передней брюшной стенки;
- повреждения органов желудочно-кишечного тракта;
- газовая эмболия;
- повреждения магистральных забрюшинных сосудов.

При технических сложностях, серьезных интраоперационных осложнениях и неясной анатомии следует перейти к немедленной лапаротомии.

Гистероскопия

Гистероскопия — метод эндоскопии в гинекологии, позволяющий осмотреть полость матки с целью диагностики внутриматочной патологии, провести топическую диагностику, при необходимости – прицельную биопсию или хирургическое вмешательство в пределах полости матки.

Показания к выполнению диагностической гистероскопии:

- нарушения менструального цикла в различные периоды жизни женщины;
- кровянистые выделения в постменопаузе;
- подозрение на подслизистую миому матки, аденомиоз, рак эндометрия, аномалии развития матки, внутриматочные синехии, наличие в полости матки остатков плодного яйца, инородного тела, перфорацию стенки матки;
- уточнение места расположения внутриматочного контрацептива или его фрагментов;
- бесплодие;

- невынашивание беременности;
- контрольное исследование полости матки после ранее перенесенных операций на матке, пузырного заноса, хорионэпителиомы;
- оценка эффективности и контроль при проведении гормонотерапии;
- осложненное течение послеродового периода.

Противопоказания к диагностической гистероскопии:

- общие инфекционные заболевания (грипп, ангина, пневмония, острый тромбофлебит, пиелонефрит и т.д.);
- острые воспалительные заболевания половых органов;
- III–IV степень чистоты влагалищных мазков;
- тяжелое состояние пациентки при наличии заболеваний сердечнососудистой системы и паренхиматозных органов (печени, почек);
- беременность (желанная);
- распространенный рак шейки матки;
- профузное маточное кровотечение.

Подготовка к исследованию.

Плановую гистероскопию проводят после клинического обследования пациенток, включающего исследование крови, мочи, мазков из влагалища на степень чистоты, рентгенографию грудной клетки, электрокардиографию, осмотр терапевта.

При плановой гистероскопии накануне манипуляции делают очистительную клизму, перед исследованием опорожняют мочевой пузырь.

Операцию проводят натощак при адекватном обезболивании в ранней пролиферативной фазе менструального цикла (на 5–7-й день менструального цикла), с целью оценки состояния эндометрия в секреторную фазу менструального цикла – за 3–5 дней до менструации. Состояние стенок матки оценивают при контрольной гистероскопии после удаления слизистой оболочки.

У пациенток перименопаузального и постменопаузального периодов, в экстренных ситуациях, при кровотечении время проведения гистероскопии не имеет принципиального значения.

Методика.

1. Провести влагалищное и бимануальное исследования.
2. Обработать наружные половые органы раствором антисептика.
3. Шейку матки обнажить с помощью ложкообразного зеркала и подъемника.
4. Обработать влагалище и шейку матки раствором антисептика.
5. Фиксировать шейку матки пулевыми щипцами за переднюю губу.

6. Удалить подъемник (влагалищное зеркало во время операции держит операционная сестра). Маточным зондом измерить длину полости матки и определить положение тела матки относительно шейки матки.

7. Расширить цервикальный канал, используя расширители Гегара, до № 9-9,5.

8. После извлечения расширителя в полость матки ввести корпус гистероскопа без оптической трубки.

9. К оптической трубке гистероскопа подключить световод, оптическую систему, проводник со средой для расширения полости матки, видеокамеру фиксировать к корпусу гистероскопа.

8. Перед введением гистероскопа в полость матки проверить подачу среды для расширения полости матки, включить источник света и фокусировать камеру.

9. Гистероскоп ввести в цервикальный канал и под контролем зрения постепенно продвинуть в полость матки. Выждать, пока полость матки достаточно не расширится, чтобы произвести ее осмотр. Ориентирами в полости матки считают устья маточных труб.

10. Сначала гистероскоп вводить с наполовину открытым краном для притока жидкости и полностью открытым краном для оттока. При необходимости эти краны можно либо частично закрывать или полностью открывать для регулирования степени растяжения полости матки и улучшения видимости.

11. Поочередно осмотреть все стенки матки, область устьев маточных труб и, на выходе, цервикальный канал. При этом обратить внимание на цвет и толщину эндометрия, его соответствие дню менструального цикла, форму и величину полости матки, наличие тех или иных патологических образований и включений, рельеф стенок, состояние устьев маточных труб.

12. При обнаружении очаговой патологии эндометрия взять прицельную биопсию эндометрия с помощью биопсийных щипцов, проведенных через операционный канал гистероскопа. При отсутствии очаговой патологии телескоп удалить из полости матки и произвести раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки.

13. При использовании жидкостной гистероскопии необходимо тщательно следить за системой подачи жидкости во избежание подачи воздуха под давлением, а также поддерживать оптимальную скорость подачи жидкости для отмывания полости матки от крови.

В норме полость матки представляет собой сомкнутую щель небольших размеров.

Осложнения во время гистероскопии:

- анестезиологические (аллергические реакции на анестетики);

- осложнения, вызванные средой для расширения полости матки (при использовании углекислого газа – сердечные аритмии вследствие метаболического ацидоза, газовая эмболия; при использовании жидкости – жидкостная перегрузка сосудистого русла);

- хирургические (перфорация матки, кровотечение, в послеоперационном периоде – инфекционные осложнения, образование внутриматочных синехий, гематометра, ожоговые повреждения соседних органов).

Удаление маточной трубы (сальпингоэктомия, тубэктомия)

Показания: трубная беременность, изолированный пио- и гидросальпинкс.

Техника оперативного вмешательства путем лапаротомии:

1. В асептических условиях под эндотрахеальным наркозом послойно вскрыть брюшную полость.

2. Отграничить операционное поле от сальника и петель кишечника.

3. Фиксировать матку пулевыми щипцами или путем прошивания в области дна крепкой лигатурой, вывести в разрез.

4. При наличии спаек между маточной трубой и петлями кишечника, яичником, маткой, разделить их острым путем и расправить маточную трубу с брыжейкой.

5. Отыскать рукой, введенной в малый таз, измененную маточную трубу.

6. На брыжейку маточной трубы последовательно наложить зажимы от ампулярного конца к углу матки (зажимы необходимо ложить параллельно ходу трубы).

7. Отсечь трубу над зажимами.

8. Прощить участки брыжейки под зажимами кетгутом или синтетическими нитями (дексон, ПГА и др.), перевязать.

9. Проверить гемостаз.

10. Произвести перитонизацию культи брыжейки круглой связкой матки путем подшивания ее к задней поверхности матки.

11. Осуществить ревизию органов брюшной полости и малого таза, туалет брюшной полости.

12. Ушить рану на передней брюшной стенке послойно наглухо.

Основные этапы тубэктомии путем лапароскопического вмешательства:

1. Промывание брюшной полости с аспирацией сгустков крови, окружающих маточную трубу.

2. Натяжение мезосальпинкса путем фиксации маточной трубы за область ее ампулярного отдела.

3. Тщательная коагуляция мезосальпинкса параллельно продольной оси маточной трубы (биполярным коагулятором), пересечение в месте коагуляции ножницами. Эту манипуляцию повторяют до полного отделения маточной трубы.

4. Дополнительный гемостаз (биполярный коагулятор).

5. Удаление маточной трубы через троакар.

6. Промывание малого таза и брюшной полости с аспирацией сгустков.

Основные этапы проведения туботомии лапароскопическим доступом:

1. Промывание брюшной полости, аспирация сгустков крови, рассечение перитубарных спаек при помощи ножниц и/или биполярных щипцов.

2. Захват маточной трубы дистальнее и проксимальнее места локализации плодовместилища, выполнение разреза над плодным яйцом при помощи угольчатого манипулятора вдоль продольной оси маточной трубы.

3. Удаление плодного яйца и сгустков крови щипцами или путем промывания и аспирации плодовместилища.

4. Прицельный гемостаз биполярным коагулятором в области фиксации удаленного плодного яйца (при необходимости).

5. Зашивание разреза на маточной трубе отдельными швами викрилом.

Резекция яичника

Показания: ретенционные образования яичника (фолликулярная киста, киста желтого тела) у молодых женщин, поликистоз яичников, дермоидная киста, воспалительные изменения яичника.

Техника оперативного вмешательства:

1. В асептических условиях под эндотрахеальным наркозом послойно вскрыть брюшную полость.

2. Отграничить операционное поле от сальника и петель кишечника.

3. Отыскать рукой, введенной в малый таз, измененный яичник.

4. Освобожденный от сращений яичник (киста, кистоза) приподнять и обернуть его ножку (брыжейка яичника, собственная связка) широкой марлевой петлей.

5. Установить границу между здоровой тканью и измененной частью яичника, мысленно наметить линию разреза, которая должна проходить несколько выше нижнего уровня образования.

6. Иссечь клиновидно острым скальпелем патологическую ткань, не доводя разрез до области ворот яичника.

7. Ушить рану яичника непрерывным или отдельными кетгутowymi швами, используя круглую иглу.
8. Проверить гемостаз.
9. Осуществить ревизию органов брюшной полости и малого таза, туалет брюшной полости.
10. Ушить рану на передней брюшной стенке послойно наглухо.

Удаление придатков матки

Показания: опухоли яичника больших размеров, перекрут ножки опухоли яичника, тубоовариальное образование.

Техника оперативного вмешательства:

1. В асептических условиях под эндотрахеальным наркозом послойно вскрыть брюшную полость.
2. Отграничить операционное поле от сальника и петель кишечника. При наличии спаек между сальником, маточной трубой, петлями кишечника, яичником, маткой разделить их острым и тупым путем.
3. Отыскать рукой, введенной в малый таз, измененный яичник (тубоовариальное образование).
4. Подвести опухоль яичника (тубоовариальное образование) к разрезу на передней брюшной стенке так, чтобы ножка была доступна для обозрения и наложения зажимов с обеих сторон.
5. Наложить зажимы на подвешивающую (воронкотазовую) связку яичника, собственную связку яичника с маточной трубой (при перекруте ножки опухоли яичника раскручивать ножку не следует, зажимы накладывать на всю толщу перекрученной ножки, ближе к матке).
6. Отсечь удаляемые придатки ножницами, прошить культы капроновыми или синтетическими саморассасывающимися лигатурами.
7. Проверить гемостаз.
8. Осуществить перитонизацию путем сшивания круглой связки с задним листком широкой связки матки.
9. Произвести ревизию органов брюшной полости и малого таза, туалет брюшной полости.
10. Ушить рану на передней брюшной стенке послойно наглухо.

Отсечение субсерозного миоматозного узла на ножке

1. В асептических условиях под эндотрахеальным наркозом послойно вскрыть брюшную полость.
2. Отграничить операционное поле от сальника и петель кишечника.
3. Вывести в рану матку.
4. Захватить субсерозный узел пулевыми щипцами.

5. Произвести круговой разрез на 1-1,5 см выше основания ножки опухоли.
6. Приподнять узел пулевыми щипцами и выделить тупым путем.
7. Наложить погружные мышечно-мышечные швы.
8. Осуществить перитонизацию раны на матке за счет серозного покрова, выделенного из ножки при выполнении кругового разреза.
9. Проверить гемостаз.
10. Произвести ревизию органов брюшной полости и малого таза, туалет брюшной полости.
11. Ушить рану на передней брюшной стенке послойно наглухо.

Экстирпация матки с придатками

Экстирпация матки – удаление тела и шейки матки.

Показания: заболевания матки, шейки матки, требующие удаления матки.

Противопоказания (в отсутствие экстренных показаний к оперативному вмешательству): острые воспалительные заболевания любой этиологии, воспалительные заболевания влагалища и шейки матки.

Методы обезболивания: эндотрахеальный наркоз, региональная (спинальная или эпидуральная анестезия), комбинированная анестезия.

1. В асептических условиях под эндотрахеальным наркозом послойно вскрыть брюшную полость.

2. Отграничить операционное поле от сальника и петель кишечника пленкой или салфеткой, смоченной теплым физиологическим раствором.

3. Фиксировать матку щипцами Мюзо за дно и вывести в рану (при наличии сращений матки с кишечником, сальником предварительно разъединить спайки).

4. Ввести надлобковое зеркало.

5. Наложить зажимы на круглые, собственные связки яичников и маточные трубы с обеих сторон, отступая на 2-3 см от матки, и контрклемы максимально близко к матке.

6. Пересечь между зажимами связки и маточную трубу ножницами, лигировать шовным материалом (викрил, капроаг).

7. Вскрыть пузырно-маточную складку, мочевого пузырь отслоить книзу острым и тупым путем до уровня переднего свода влагалища.

8. Матку максимально приподнять вперед, произвести разрез брюшины, покрывающей заднюю поверхность надвлагалищной части шейки матки над местом прикрепления крестцово-маточных связок. Брюшину тупо отслоить до границы влагалищной части шейки матки.

9. Наложить зажимы на крестцово-маточные связки с обеих сторон у места их отхождения в направлении, перпендикулярном по отношению к

матке, пересечь крестцово-маточные связки и лигировать шовным материалом (викрил, капроаг) с прошиванием у «носика» зажима.

10. Отвести книзу брюшину по ребрам матки до уровня влагалищных сводов.

11. С обеих сторон на основной ствол маточной артерии на уровне или немного ниже внутреннего маточного зева, несколько отступив книзу, наложить зажимы перпендикулярно артерии непосредственно у шейки матки и чуть выше по ребру матки на расстоянии 1,5–2 см от основного зажима – контрклепмы.

12. Пересечь сосудистые пучки с обеих сторон и лигировать с прошиванием у носика зажима капроном (лигатура, проводимая иглой, должна захватывать ткань шейки матки). Концы лигатур срезать.

13. Передний свод влагалища захватить зажимами, приподнять верху и вскрыть ножницами.

14. Фиксировать шейку матки пулевыми щипцами и поэтапно отсечь ее от влагалищных сводов по зажимам Кохера, накладываемым циркулярно непосредственно под шейкой матки под обязательным визуальным контролем культей маточных сосудов, мочевого пузыря, прямой кишки.

15. Просвет шеечного канала смазать раствором йода, ввести во влагалище тампон, смоченный раствором антисептика.

16. Провести гемостаз в области боковых стенок влагалища с обеих сторон (дополнительная фиксация к боковой стенке влагалища сосудистого пучка).

17. Лигировать влагалищную трубку (зашить наглухо или путем проведения бестампонного метода дренирования по Брауде).

18. Проверить гемостаз.

19. Произвести перитонизацию путем наложения непрерывного кетгутового шва на брюшину пузырно-маточной складки и листки широких связок матки.

20. Проверить гемостаз.

21. Произвести ревизию органов брюшной полости и малого таза, туалет брюшной полости.

22. Ушить рану на передней брюшной стенке послойно наглухо.

23. Извлечь тампон из влагалища.

Осложнения экстирпации матки:

- интраоперационные:
 - повреждение мочевого пузыря;
 - повреждение мочеточника;
 - кровотечение, формирование гематом;
- послеоперационные:
 - кровотечение;

- инфекционные осложнения (раневая инфекция, нагноение гематом, перитонит, сепсис);
- тромбозомболические осложнения;
- отсроченные осложнения:
- кровотечение из купола влагалища;
- некроз купола влагалища;
- выпадение петель кишечника через купол влагалища.

Экстирпация матки с придатками

Техника операции не отличается от вышеописанной. Для удаления придатков матки необходимо наложить зажимы на воронкотазовую связку яичника с обеих сторон.

Дренирование брюшной полости

Проводится перед послойным восстановлением раны передней брюшной стенки после нижнесрединного чревосечения.

Через переднюю брюшную стенку.

1. Освободить правую подвздошно-паховую область, обработать кожу раствором антисептика.

2. На 2-3 см медиальнее передне-верхней ости крыла подвздошной кости скальпелем сделать вертикальный разрез длиной не менее 2 см через все слои передней брюшной стенки. Место вхождения скальпеля в брюшную полость контролирует рука хирурга, отгораживая кишечник и сальник.

3. Со стороны раны кожи в брюшную полость ввести длинный зажим Кохера.

4. В раздвинутые бранши зажима захватить дренажную полиэтиленовую трубку с диаметром просвета не менее 0,5 см и полоску перчаточной резины 2,5–3,0 см х 20–25 см, которые вывести наружу.

5. Внутреннюю часть дренажа уложить на дно прямокишечно-маточного углубления или на дно дренируемой полости и подтянуть наружный конец до выпрямления трубки и резины.

6. Провести контроль отсутствия кровотечения из-под дренажа в брюшную полость зрением и тупферами.

7. Зафиксировать наружную часть дренажа: после наложения капронового шва на кожу концы нитей завязать тремя узлами на расстоянии 3-4 см от кожи и привязать дренажную трубку, затем на расстоянии, не прижимая к трубке, перчаточную резину.

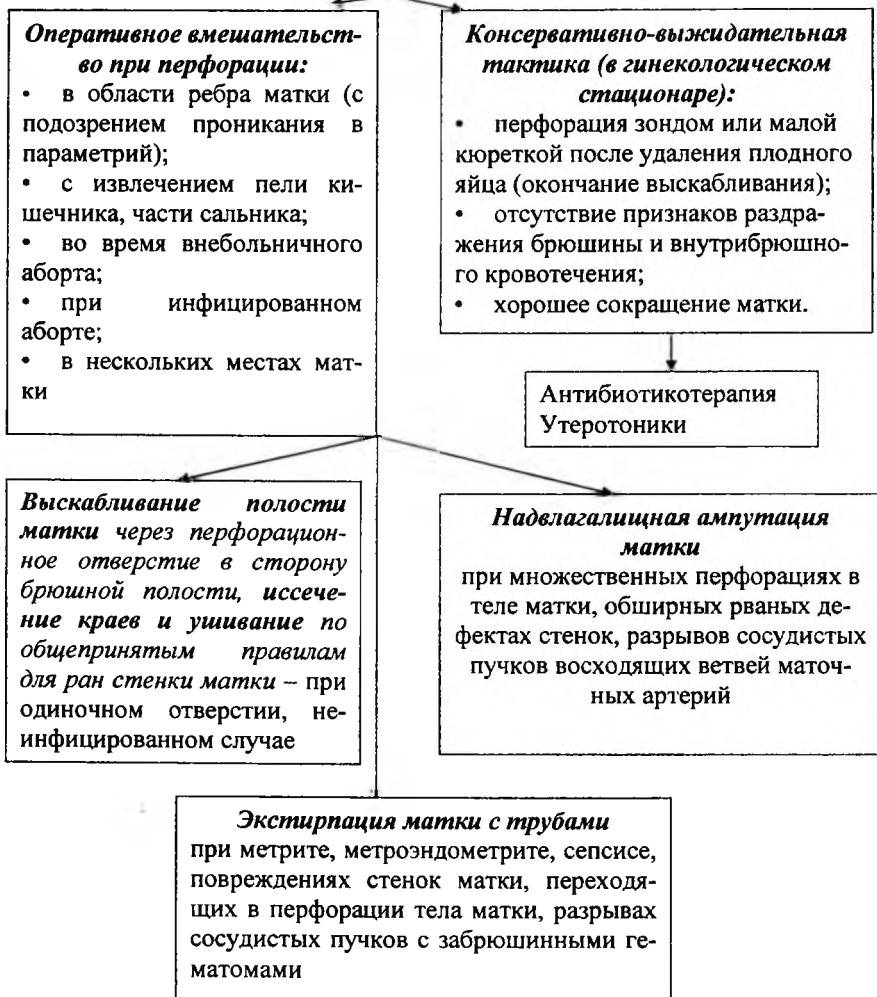
Количество дренажей и область их наложения зависят от распространенности патологического процесса.

Через задний свод влагалища.

1. Обнажить прямокишечно-маточное углубление.

2. Помощник вводит корнцанг в задний свод влагалища.
3. Хирург разрезает свод по месту наибольшего выпячивания, с помощью корнцанга помощник проводит дренаж, который подшивают кетгутом к краю раны влагалища.

**Тактика хирурга при перфорации матки
(при ее выскабливании)**



Выбор антимикробных препаратов в зависимости от заболевания и предполагаемого возбудителя

Заболевание	Этиология	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Аборт септический	Полимикробная: Enterobacteriaceae Streptococcus гр.В Bacteroides spp. C. trachomatis	Цефалоспорин II + 克林дамицин Клиндамицин + аминогликозид или фторхинолон Фторхинолон+ метронидазол Ампициллин/сульбактам+ доксициклин	Имипенем Меропенем Цефалоспорин III-IV+ доксициклин+метронидазол Фторхинолон+метронидазол+макролид
Абсцесс tuboовариальный	Полимикробная: C. trachomatis N.gonorrhoeae+ Enterobacteriaceae Streptococcus spp. Bacteroides spp.	Ампициллин+доксициклин Амоксициллин Офлоксацин+метронидазол Макролид	Макролид+метронидазол Цефоперазон+макролид Доксициклин Клиндамицин+аминогликозид Цефалоспорин III-IV+ доксициклин Фторхинолон+метронидазол+макролид
Перитонит	Полимикробная: Enterobacteriaceae P.aeruginosa Enterococcus spp. Анаэробы	Аминогликозид+ 克林дамицин Аминогликозид+ оксациллин+метронидазол Аминогликозид+ линкомицин (клиндамицин)+метронидазол Цефалоспорин III+ метронидазол Цефепим+метронидазол	Имепенем Меропенем Фторхинолон+метронидазол Цефалоспорин III-IV+ метронидазол Амоксициллин/клавулановая кислота+аминогликозид
После операций на орга-	S. aureus S. viridians Enterobacteria-	Цефалоспорин III+ аминогликозид Амоксициллин /кла-	Имепенем Меропенем Цефалоспорин III-IV

нах ма- лого таза	ceae <i>P.aeruginosa</i> Анаэробы	вуланат (или ампи- циллин /сульбак- там) + аминоглико- зид Тикарциллин /кла- вуланат (или пипе- рациллин /тазобак- там)	поколения+метро- нидазол Фторхинолон+метро- нидазол Оксациллин+амино- гликозид+метрони- дазол
Сальпин- гит и другие воспали- тельные заболе- вания ор- ганов малого таза	Полимикробная: <i>C. trachomatis</i> <i>N.gonorrhoeae</i> + <i>Enterobacteria-</i> <i>ceae</i> <i>Streptococcus</i> <i>spp.</i> <i>Bacteroides spp.</i>	Офлоксацин+метро- нидазол Амоксициллин/кла- вулановая кислота Ампициллин/суль- бактам+ доксицик- лин Макролид	Цефалоспорин III-IV+ доксициклин Макро- лид+метронидазол Цефоперазон+макро- лид Доксициклин Фторхинолон+метро- нидазол+макролид Моксифлоксацин Клиндамицин+амино- гликозид

Интраоперационная профилактика раневой инфекции

Оперативное вмешательство	Рекомендуемые режимы терапии	Примечания
Гистерэктомия (вагинальная или абдоминальная)	Цефазолин внутривен- но 2 г или цефуросим внутривенно 1,5 г или амоксициллин / клаву- ланат внутривенно 1,2 г или ампициллин / сульбактам внутри- венно 3 г за 30-60 мин до операции (одна до- за)	При влагиалищной гистерэк- томии цефазолин или цефу- роксим сочетают с метрони- дазолом внутривенно 0,5 г. При лапароскопической операции или диагностиче- ской лапароскопии антибио- тико-профилактика не обя- зательна
Прерывание бере- менности, гисте- роскопия, диагно- стическое выскаб- ливание	Одна доза цефазолина внутривенно 2 г или цефуросима внутри- венно 1,5 г или амок- сициллин / клавуланата внутривенно 1,2 г или ампициллин / сульбак-	При прерывании беременно- сти в I триместре антибио- тико профилактика целесо- образна в случае высокого риска инфекционных ослож- нений (наличие воспали- тельных заболеваний малого

	тама внутривенно 3 г за 30-60 мин до вмешательства	таза, гонореи, иммуносупрессии); рекомендуемые режимы: бензил пенициллин внутривенно или внутримышечно 2 млн ЕД или доксициклин внутрь 300 мг однократно
--	--	--

Продление профилактики после операции (дополнительно 1-3 дозы препарата) целесообразно при наличии факторов риска осложнений: сахарный диабет, ожирение, возраст старше 65 лет, онкологические заболевания, лечение кортикостероидами или цитостатиками, хроническая почечная или печеночная недостаточность.

Дозирование антибиотиков после операции: цефазолин внутривенно 1 г с интервалом 12 ч, цефуроксим внутривенно 0,75 г с интервалом 8 ч, амоксициллин /клавуланат внутривенно 1,2 г с интервалом 8 ч, ампициллин /сульбактам внутривенно 1,5 г с интервалом 6 ч.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Перечислите гинекологические заболевания, сопровождающиеся клиникой острого живота.
2. Этиопатогенез внематочной беременности, классификация по локализации, клиническому течению.
3. Клинические проявления нарушенной и прогрессирующей внематочной беременности.
4. Диагностика и дифференциальная диагностика внематочной беременности.
5. Лечение внематочной беременности (радикальное, органосохраняющее).
6. Апоплексия яичника: этиология, патогенез, классификация.
7. Клиника апоплексии яичника.
8. Диагностика и дифференциальная диагностика апоплексии яичника.
9. Показания и особенности консервативного лечения апоплексии яичника.
10. Объем оперативного лечения при апоплексии яичника.
11. Перекрут ножки опухоли яичника: этиология, патогенез, клиническая картина, лечение.
12. Нарушение питания в узле миомы матки: клиника, диагностика, лечение.
13. Патогенетические механизмы инфицирования, пути распространения инфекции, факторы риска развития гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза.
14. Особенности течения воспалительных заболеваний органов малого таза в современных условиях.
10. Пельвиоперитонит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
11. Основные принципы лечения пациенток с неосложненными гнойно-воспалительными заболеваниями органов малого таза.
12. Показания к хирургическому лечению при неосложненных гнойно-воспалительных заболеваниях органов малого таза, объемы оперативного вмешательства.
13. Основные принципы лечения пациенток с осложненными гнойно-воспалительными заболеваниями органов малого таза.
14. Показания к хирургическому лечению при осложненных гнойно-воспалительных заболеваниях органов малого таза, объемы оперативного вмешательства.
15. Дифференциальная диагностика гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза.

16. Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний женских половых органов.

17. Клиническая картина и критерии диагностики пельвиоперитонита.

18. Тактика ведения при пельвиоперитоните, связанном с инфекционно-воспалительным процессом внутренних половых органов.

19. Назовите основные причины острого живота, связанного с гинекологическими заболеваниями в детском возрасте.

20. Особенности клиники перекрута ножки опухоли яичников в детском возрасте.

21. Дайте определение псевдоабдоминального синдрома, его клиническое значение.

22. Основные отличия клиники альгоменореи от заболеваний, сопровождающихся симптомами острого живота.

23. Дифференциальная диагностика гематокольпоса и перекрута ножки опухоли яичника у детей.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

1. Причины острого живота вследствие острого нарушения кровоснабжения внутренних половых органов:
 - 1) внематочная беременность;
 - 2) перекрут ножки опухоли яичника;
 - 3) некроз миоматозного узла;
 - 4) верно (2) и (3);
 - 5) верно все перечисленное.
2. Основные причины трубной внематочной беременности:
 - 1) хронические воспалительные заболевания органов малого таза;
 - 2) генитальный инфантилизм;
 - 3) опухоли матки и придатков;
 - 4) перенесенные операции на органах малого таза.
3. К факторам риска по внематочной беременности не относится:
 - 1) использование внутриматочного контрацептива;
 - 2) экстракорпоральное оплодотворение;
 - 3) нерегулярное применение оральных контрацептивов;
 - 4) «перевязка» маточных труб;
 - 5) пластические операции на маточных трубах.
4. Варианты внематочной беременности по локализации плодного яйца:
 - 1) трубная беременность;
 - 2) брюшная беременность;
 - 3) яичниковая беременность;
 - 4) верно (1) и (2);
 - 5) все перечисленные варианты.
5. К редким формам внематочной беременности относятся:
 - 1) интралигаментарная беременность;
 - 2) беременность в рудиментарном роге матки;
 - 3) трубная беременность;
 - 4) верно (1) и (2);
 - 5) верно все перечисленное.
6. Наиболее частая имплантация плодного яйца при эктопической беременности:
 - 1) в ампулярном отделе маточной трубы;
 - 2) на брюшине;

- 3) на яичнике;
- 4) в истмическом отделе маточной трубы;
- 5) в интерстициальном отделе маточной трубы.

7. Какие из следующих утверждений относительно эктопической беременности верны:

- 1) имплантация происходит вне полости матки;
- 2) в 98 % она локализуется в маточной трубе;
- 3) может быть причиной материнской смертности;
- 4) встречается примерно с частотой 1 на каждые 100-200 беременностей;
- 5) может локализоваться в рудиментарном роге матки.

8. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще на сроке беременности:

- 1) 11-12 недель;
- 2) 9-10 недель;
- 3) 7-8 недель;
- 4) 4-6 недель.

9. Беременность, локализуемая в интерстициальной части трубы, прерывается чаще всего на сроке беременности:

- 1) 1-2 недели;
- 2) 3-4 недели;
- 3) 5-6 недель;
- 4) 7-8 недель;
- 5) все перечисленное неверно.

10. Для трубного аборта характерно сочетание симптомов:

- 1) боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, задержка месячных;
- 2) боли внизу живота, тошнота, рвота;
- 3) боли внизу живота, повышение температуры тела, озноб;
- 4) боли внизу живота, боли в области поясницы, рези при мочеиспускании.

11. Для трубной беременности характерно все перечисленное, кроме:

- 1) цианотичной окраски слизистой шейки матки;
- 2) кровянистых выделений из цервикального канала;
- 3) асимметричности шейки матки;
- 4) нависания заднего свода влагалища;
- 5) задержки менструации.

12. Внематочная беременность сходна по клинике:

- 1) с начавшимся самопроизвольным выкидышем;
- 2) неполным самопроизвольным выкидышем;
- 3) нормальной маточной беременностью малого срока;
- 4) верно (1) и (2);
- 5) верно все перечисленное.

13. Возможные исходы трубной внематочной беременности:

- 1) разрыв маточной трубы;
- 2) трубный аборт;
- 3) формирование вторичной брюшной беременности;
- 4) донашивание беременности.

14. При трубном аборте возможно:

- 1) образование маточной гематомы;
- 2) образование перитубарной гематомы;
- 3) образование гематосальпинкса;
- 4) массивное кровотечение в брюшную полость.

15. При прерывании внематочной беременности обычно происходит:

- 1) гибель плодного яйца;
- 2) снижение содержания ХГ в моче;
- 3) отторжение децидуальной оболочки матки;
- 4) нагрубание молочных желез.

16. Клинические проявления прервавшейся внематочной беременности зависят:

- 1) от локализации плодного яйца;
- 2) характера прерывания (разрыв трубы, трубный аборт);
- 3) срока беременности;
- 4) возраста женщины.

17. Симптомы трубного аборта:

- 1) скудные кровянистые выделения из половых путей;
- 2) боли внизу живота и в подвздошной паховой области;
- 3) при влагалищном исследовании – увеличение и болезненность придатков;
- 4) верно (2) и (3);
- 5) верно все перечисленное.

18. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы протекает, как правило, со следующей симптоматикой:

- 1) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей;
- 2) иррадиация боли в плечо;
- 3) слабость, головокружение;
- 4) верно (1) и (3);
- 5) верно все перечисленное.

19. При разрыве маточной трубы возможна:

- 1) иррадиация болей в область заднего прохода;
- 2) иррадиация болей в надключичную область;
- 3) иррадиация болей в область лопатки;
- 4) верно только (1) и (2);
- 5) все перечисленное верно.

20. При влагалищном исследовании признаками, свидетельствующими о разрыве трубы, могут быть:

- 1) крик «Дугласа»;
- 2) «плавающая» матка;
- 3) болезненность при смещении шейки матки;
- 4) нависание заднего свода влагалища;
- 5) кровянистые выделения из влагалища сразу после болевого приступа.

21. Полученная путем кульдоцентеза кровь при прервавшейся внематочной беременности:

- 1) алого цвета с быстрым образованием сгустков;
- 2) темного цвета;
- 3) содержит мягкие сгустки и не свертывается.

22. Диагноз внематочной беременности отрицает:

- 1) децидуальная реакция эндометрия
- 2) отсутствие на эхоскопии плодного мешка
- 3) отсутствие характерной клинической картины
- 4) отрицательный тест на хорионический гонадотропин
- 5) отрицательная пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

23. Наиболее целесообразная последовательность мероприятий при нарушенной внематочной беременности:

- 1) гемотрансфузия, операция;
- 2) консультация терапевта, анестезиолога, операция;
- 3) УЗИ, гемотрансфузия, операция;
- 4) операция, гемотрансфузия;

5) введение сердечных средств, гемотрансфузия, операция.

24. Наименее информативный признак для дифференциации маточной и трубной беременности:

- 1) ультразвуковое исследование органов малого таза;
- 2) уровень хорионического гонадотропина в крови;
- 3) бимануальное исследование органов малого таза;
- 4) мазки на кольпоцитологию;
- 5) кюретаж матки.

25. Прогрессирующую трубную беременность надо, как правило, дифференцировать:

- 1) с мелкокистозным изменением яичника;
- 2) с маточной беременностью малого срока;
- 3) с подострым сальпингоофоритом;
- 4) с перекрутом ножки опухоли яичника.

26. Разрыв беременной маточной трубы надо дифференцировать:

- 1) с острым аппендицитом;
- 2) апоплексией яичника;
- 3) перекрутом ножки опухоли яичника;
- 4) пищевой интоксикацией.

27. Трубный аборт надо дифференцировать:

- 1) с самопроизвольным выкидышем малого срока;
- 2) с обострением хронического сальпингоофорита;
- 3) с дисфункциональным маточным кровотечением;
- 4) ничего из перечисленного.

28. Для диагностики внематочной беременности используют:

- 1) ультразвуковое исследование;
- 2) лапароскопию;
- 3) гистеросальпингографию;
- 4) гистероскопию.

29. Показанием для операции при внематочной беременности являются:

- 1) ухудшение показателей гемодинамики;
- 2) обильное маточное кровотечение;
- 3) снижение уровня гемоглобина и эритроцитов;
- 4) задержка месячных более 10 недель;
- 5) дополнительных показаний не требуется.

30. Показания к органосохраняющим операциям при внематочной беременности:

- 1) желание женщины сохранить репродуктивную функцию;
- 2) отсутствие детей;
- 3) наличие одной маточной трубы;
- 4) желание женщины сохранить маточную трубу.
- 5) ничего из перечисленного.

31. Какие условия исключают возможность сохранения маточной трубы при трубной беременности?

- 1) геморрагический шок;
- 2) значительные изменения маточной трубы;
- 3) отсутствие у хирурга навыков выполнения органосохраняющих операций на маточных трубах;
- 4) отсутствие необходимых инструментов.
- 5) ничего из перечисленного.

32. Наиболее благоприятные условия для проведения органосохраняющих операций при внематочной беременности имеются:

- 1) при прогрессирующей трубной беременности;
- 2) трубном аборте;
- 3) разрыве маточной трубы в ампулярной части;
- 4) разрыве маточной трубы в интерстициальной части.

33. Виды органосохраняющих операций при трубной внематочной беременности:

- 1) туботомия («трубное кесарево сечение»);
- 2) сегментарная резекция маточной трубы с последующим анастомозированием;
- 3) искусственный трубный аборт;
- 4) верно (1) и (2);
- 5) верно все перечисленное.

34. Методы лечения прогрессирующей трубной беременности:

- 1) хирургический с удалением трубы;
- 2) хирургический с сохранением трубы и удалением плодного яйца;
- 3) консервативный путем местного введения метотрексата;
- 4) назначение гормональных средств;
- 5) назначение антибактериальных средств.

35. Лечебные мероприятия при трубном аборте должны включать:

- 1) наблюдение на фоне антибактериальной терапии;

2) лапаротомию после развития клиники внутрибрюшного кровотечения;

3) назначение препаратов, усиливающих свертываемость крови;

4) немедленную лапаротомию и удаление трубы;

5) проведение гормонального гемостаза.

36. По поводу прервавшейся трубной беременности проводится операция в объеме:

1) сальпингоэктомии;

2) консервативно-пластической операции на трубе;

3) сальпингоэктомии и резекции яичника (по показаниям);

4) надвлагалищной ампутации матки с придатками.

37. При разрыве истмической части трубы показано:

1) удаление маточной трубы с плодовместилищем;

2) удаление придатка на стороне поражения;

3) ушивание разрыва маточной трубы;

4) верно (1) и (3);

5) верно все перечисленное.

38. Пациентке с прогрессирующей внематочной беременностью показано:

1) консервативное противовоспалительное лечение;

2) оперативное лечение;

3) гемотрансфузия;

4) все перечисленное;

5) ничего из перечисленного.

39. При тяжелом состоянии пациентки с прервавшейся трубной беременностью показано:

1) немедленное переливание крови;

2) удаление источника кровотечения (беременной трубы);

3) надежный гемостаз;

4) все перечисленное;

5) ничего из перечисленного.

40. При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние пациентки удовлетворительное. Тактика врача:

1) немедленная операция;

2) операцию можно произвести в плановом порядке;

3) возможно консервативное лечение пациентки;

4) верно все перечисленное;

5) все перечисленное неверно.

41. В раннем послеоперационном периоде у пациенток, оперированных по поводу прервавшейся трубной беременности (с большой кровопотерей), лечение должно быть направлено:

- 1) на устранение гиповолемии;
- 2) нормализацию белкового обмена;
- 3) проведение противовоспалительной терапии;
- 4) улучшение функции печени.

42. Реабилитация после операции по поводу внематочной беременности включает:

- 1) электрофорез лекарственных средств;
- 2) ультразвуковую терапию;
- 3) гормональную терапию;
- 4) верно (1) и (2);
- 5) все перечисленное верно.

43. Особенности реабилитации пациентки, оперированной по поводу внематочной беременности:

- 1) восстановление репродуктивной функции;
- 2) восстановление менструальной функции;
- 3) обучение больной элементам самоконтроля (ведение менограмм, измерение базальной температуры);
- 4) обследование спермы мужа.

44. План реабилитационных мероприятий у пациентки, оперированной по поводу внематочной беременности, составляется с учетом:

- 1) основного этиологического фактора, вызвавшего внематочную беременность;
- 2) вида прерывания трубной беременности;
- 3) характера изменений оставшейся маточной трубы;
- 4) характера морфологического исследования удаленной маточной трубы.

45. После операции по поводу внематочной беременности противопоказаны:

- 1) тяжелый физический труд;
- 2) работа в условиях переохлаждения;
- 3) сидячая работа;
- 4) работа, связанная с ночными сменами.

46. Дисфункция яичников у пациенток, оперированных по поводу трубной беременности, как правило, связана с:

1) длительно существующим воспалительным процессом в придатках матки;

2) операцией сальпингоэктомии;

3) временем года;

4) возрастом больной.

5) все перечисленное неверно.

47. Шоковый индекс при геморрагическом шоке – это отношение частоты пульса:

1) к величине систолического артериального давления, равное 1;

2) к величине диастолического артериального давления, равное 1;

3) к величине систолического артериального давления, равное 0,5;

4) к величине диастолического артериального давления, равное 0,5;

5) ничего из перечисленного.

48. При влагалищном исследовании у пациентки выявлено: наружный зев закрыт, матка слегка увеличена, размягчена. Справа в области придатков определяется мягковатое, болезненное образование, отмечается болезненность при движении за шейку матки. Возможный диагноз:

1) прогрессирующая трубная беременность справа;

2) апоплексия правого яичника;

3) обострение хронического воспалительного процесса правых придатков матки;

4) верно (1) и (3);

5) верно все перечисленное.

49. При влагалищном исследовании у пациентки с подозрением на внематочную беременность выявлено: наружный зев приоткрыт. Алые кровянистые выделения из цервикального канала. Матка увеличена до 8 недель беременности. Придатки не определяются. Своды влагалища свободны. Диагноз:

1) трубный аборт;

2) нарушенная маточная беременность;

3) апоплексия яичника;

4) обострение воспалительного процесса придатков матки;

5) ничего из перечисленного.

50. Наиболее предпочтительным доступом в брюшную полость при операциях по поводу внематочной беременности принято считать:

1) лапароскопию;

- 2) лапаротомию;
- 3) влагалищный доступ;
- 4) верно (1) и (3);
- 5) верно (2) и (3).

51. Осложнения трубной беременности все, кроме:

- 1) внутрибрюшное кровотечение;
- 2) инфицирование трубной беременности;
- 3) геморрагический шок;
- 4) апоплексия яичника;
- 5) перитубарная гематома и спаечный процесс в брюшной полости.

52. Основная причина смерти при эктопической беременности:

- 1) эмболия легких элементами трофобласта;
- 2) кишечная непроходимость;
- 3) острая почечная недостаточность;
- 4) внутрибрюшное кровотечение;
- 5) перитонит.

53. Апоплексия яичника – это:

- 1) остро возникшее кровотечение из яичника;
- 2) разрыв яичника;
- 3) остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника;
- 4) верно (1) и (2);
- 5) все перечисленное.

54. Источником кровотечения из яичника может быть:

- 1) желтое тело;
- 2) фолликулярная киста яичника;
- 3) киста желтого тела;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

55. Основные факторы риска по апоплексии яичника:

- 1) хроническое воспаление органов малого таза;
- 2) дисфункция яичников на фоне хронической ановуляции;
- 3) наличие кисты яичника;
- 4) верно (1) и (3);
- 5) все перечисленные.

56. Что относительно апоплексии яичника является верным:

- 1) эта патология сопровождается нарушением целостности ткани яичника и кровотечением в брюшную полость;
- 2) развивается на фоне задержки менструации;
- 3) появление симптомов между 12 и 16 днем менструального цикла может свидетельствовать о разрыве фолликула;
- 4) может протекать в виде анемической, болевой и смешанной форм;
- 5) лечение всегда хирургическое.

57. Для апоплексии яичника характерно все перечисленное, кроме:

- 1) внезапно возникающих болей внизу живота;
- 2) отсутствия наружного кровотечения;
- 3) отрицательных биологических реакций на беременность;
- 4) выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови;
- 5) нерезко выраженных симптомов раздражения брюшины.

58. Клиническая картина при апоплексии яичника зависит:

- 1) от характера кровотечения;
- 2) наличия сопутствующих заболеваний;
- 3) выраженности болевого синдрома;
- 4) возраста пациентки.
- 5) все перечисленное неверно.

59. Патологический процесс, нередко предшествующий развитию апоплексии яичника:

- 1) хроническое воспаление придатков матки;
- 2) мелкокистозное изменение яичника;
- 3) хронический аппендицит;
- 4) хронический гастрит.
- 5) все перечисленное неверно.

60. Апоплексия яичника может развиваться:

- 1) вследствие чрезмерного физического напряжения;
- 2) сексуальной гиперактивности;
- 3) в состоянии покоя;
- 4) во время беременности.
- 5) все перечисленное неверно.

61. Апоплексия яичника чаще наступает:

- 1) в период овуляции;
- 2) в стадию васкуляризации желтого тела;
- 3) в период созревания граафова фолликула;

- 4) в период атрезии фолликулов.
- 5) все перечисленное неверно.

62. При значительном кровотечении в брюшную полость у пациентки с апоплексией яичника показано:

- 1) чревосечение, резекция яичника;
- 2) чревосечение, ушивание разрыва яичника;
- 3) наблюдение дежурного врача за динамикой симптомов, по показаниям – гемотрансфузия;
- 4) консервативная терапия: покой, холод на низ живота.
- 5) ничего из перечисленного.

63. У пациентки с клиническим диагнозом апоплексии яичника показанием к операции является:

- 1) наличие воспаления придатков в анамнезе;
- 2) дисфункция яичников в анамнезе;
- 3) болевой синдром;
- 4) внутрибрюшное кровотечение.

64. Для клиники апоплексии яичника характерно:

- 1) острое начало;
- 2) иррадиация болей в область заднего прохода;
- 3) связь с менструальным циклом;
- 4) кровянистые выделения из половых путей.

65. Реабилитация пациентки, оперированной по поводу апоплексии яичника, включает:

- 1) общеукрепляющую терапию;
- 2) комплексную противовоспалительную терапию;
- 3) коррекцию гормональной функции яичников;
- 4) санацию хронических очагов инфекции.

66. Методы уточнения диагноза апоплексии яичника:

- 1) диагностическая пункция заднего влагалищного свода;
- 2) ультразвуковое исследование;
- 3) общий анализ крови;
- 4) лапароскопия.

67. . Консервативное лечение при перфорации матки зондом возможно:

- 1) при отсутствии кровотечения;
- 2) при отсутствии симптомов раздражения брюшины;

- 3) при нормальной частоте пульса;
- 4) при удовлетворительном состоянии женщины;
- 5) при всем перечисленном.

68. Чревосечение при перфорации матки во время искусственного аборта не показано:

- 1) при неполном внебольничном аборте;
- 2) при перфорации матки зондом и отсутствии болевой реакции, кровотечения;
- 3) при обнаружении перфорации матки после введения кюретки (абортанга);
- 4) при установлении извлечения через шейку матки петли кишечника или сальника.

69. Перекрут ножки опухоли яичника чаще возникает вследствие:

- 1) резкой перемены положения тела;
- 2) подъема тяжестей;
- 3) быстрого опорожнения ампулы прямой кишки;
- 4) инволюции матки после родов.

70. Перекрут ножки опухоли яичника может быть:

- 1) полный;
- 2) частичный;
- 3) многократный;
- 4) верно все перечисленное;
- 5) все перечисленное неверно.

71. Степень перекрута ножки опухоли яичника определяется:

- 1) по состоянию артериального кровотока в ножке опухоли;
- 2) состоянию венозного кровотока в ножке опухоли;
- 3) градусу перекрута;
- 4) верно (1) и (2);
- 5) верно все перечисленное.

72. Состав хирургической ножки яичника:

- 1) собственно яичниковая связка;
- 2) воронкотазовая связка;
- 3) мезосальпинкс;
- 4) маточная труба.

73. Анатомическая ножка опухоли яичника образована:

- 1) собственной связкой яичника;

- 2) петлями кишечника и сальником;
- 3) воронкотазовой связкой;
- 4) маточной трубой.

74. Какие из перечисленных опухолей чаще подвергаются перекруту:

- 1) зрелые тератомы;
- 2) муцинозные кистомы;
- 3) текомы;
- 4) дисгерминомы;
- 5) фибромы.

75. Для перекрута ножки опухоли яичника характерны:

- 1) сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения;
- 2) при бимануальном исследовании в малом тазу определение неподвижной резко болезненной опухоли;
- 3) положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли;
- 4) верно (1) и (2);
- 5) все перечисленное.

76. Клинические симптомы перекрута ножки кистомы яичника все, кроме:

- 1) резкие боли в нижних отделах живота;
- 2) положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
- 3) задержка стула;
- 4) повышение артериального давления;
- 5) холодный пот.

77. Диагноз перекрута ножки кистомы подтверждает:

- 1) внезапное резкое возникновение боли;
- 2) напряжение передней брюшной стенки;
- 3) положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
- 4) обнаружение резко болезненной опухоли в малом тазу;
- 5) лейкоцитоз, ускорение скорости оседания эритроцитов.

78. Тактика при перекруте ножки опухоли яичника:

- 1) показана срочная операция после соответствующей подготовки;
- 2) показана экстренная операция без подготовки;
- 3) показана консервативная терапия с рекомендацией плановой операции после выписки;

4) показана консервативная терапия с рекомендацией ежемесячного ультразвукового исследования для динамического контроля размеров опухоли и принятия решения о необходимости операции;

5) показано только наблюдение в динамике, лечение не требуется.

79. При операции по поводу перекрута ножки доброкачественной опухоли яичника:

1) перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии;

2) производят экстирпацию матки с придатками;

3) удаляют оба яичника;

4) верно (2) и (3);

5) все перечисленное неверно.

80. Методы консервативного лечения нарушения питания миоматозного узла:

1) спазмолитики;

2) антибиотики;

3) инфузионная терапия;

4) электрофорез с магнием;

5) гормонотерапия.

81. Методы диагностики перекрута ножки подбрюшинного миоматозного узла:

1) ультразвуковое исследование;

2) осмотр шейки матки в зеркалах;

3) бимануальное исследование;

4) лапароскопия;

5) лапаротомия.

82. Факторы, играющие роль в патогенезе воспалительных заболеваний внутренних половых органов, включают все перечисленное, кроме:

1) использования внутриматочной спирали;

2) полового сношения;

3) менструации;

4) миомы матки.

83. К возбудителям неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов относится:

1) стафилококк;

2) хламидии;

3) гонококк;

- 4) гарднерелла;
- 5) все перечисленное.

84. Для начала острого воспаления придатков матки характерны следующие жалобы:

- 1) повышение температуры тела;
- 2) боли внизу живота;
- 3) диспептические расстройства;
- 4) нарушение менструального цикла;
- 5) рвота.

85. Какие заболевания следует дифференцировать при остром воспалении органов малого таза:

- 1) острый аппендицит
- 2) миому матки;
- 3) острую инфекцию мочевыводящих путей;
- 4) нижнедолевую пневмонию;
- 5) перекрут ножки опухоли яичника.

86. Выберите методы исследования, необходимые для постановки диагноза острого сальпингоофорита:

- 1) анализ крови в динамике;
- 2) ректовагинальное исследование;
- 3) рентгеноскопия органов брюшной полости;
- 4) анализ мочи;
- 5) гистероскопия;
- 6) лапароскопия.

87. Какие мероприятия могут помочь в установлении диагноза воспалительного заболевания органов малого таза?

- 1) лапароскопия;
- 2) ультразвуковое исследование;
- 3) кульдоцентез;
- 4) симптомы "зрачка" и «арборизации» слизи из шейки матки;
- 5) ректальное исследование;
- 6) мазок из шейки матки на атипические клетки.

88. Укажите возможные осложнения острого воспаления придатков матки:

- 1) переход в хроническую форму;
- 2) генерализация инфекции с развитием местного или разлитого перитонита;

- 3) абсцедирование;
- 4) формирование синдрома хронической тазовой боли;
- 5) -все перечисленное выше.

89. Известные осложнения воспалительных заболеваний органов малого таза включает следующее, кроме:

- 1) эндометриоза;
- 2) эктопической беременности;
- 3) спаек в области малого таза;
- 4) диспареунии;
- 5) гидросальпинкса.

90. Перенесенный воспалительный процесс органов малого таза не может быть причиной:

- 1) трубной беременности;
- 2) эндометриоза;
- 3) спаечного процесса в малом тазу;
- 4) болезненных половых актов;
- 5) гидросальпинкса.

91. Что является характерным для тубоовариального образования:

- 1) это опухолевидное образование воспалительной этиологии;
- 2) оно включает в себя воспалительно-измененные придатки, сальник, петли кишечника;
- 3) пальпаторная и перкуторная границы образования всегда совпадают;
- 4) образование неправильной формы, болезненное, неравномерной консистенции, неподвижное;
- 5) всегда переходит на стенку таза.

92. При наличии пиосальпинкса и пиовара в воспалительный процесс вовлекаются:

- 1) брюшина;
- 2) сальник;
- 3) петли кишечника;
- 4) яичник;
- 5) маточная труба.

93. Причиной тубоовариального абсцесса не бывают:

- 1) гепатит;
- 2) эндометрит;
- 3) сальпингит;

- 4) цервицит;
- 5)-плеврит.

94. Показаниями к оперативному лечению при воспалительных процессах придатков матки являются:

- 1) угроза перфорации пиосальпинкса, пиовара;
- 2) перфорация гнойного tuboовариального образования;
- 3) частые обострения хронического воспалительного процесса придатков матки;
- 4) tuboовариальные образования, не поддающиеся консервативному лечению;
- 5) острый сальпингит, пельвиоперитонит гонорейной этиологии.

95. Показанием к оперативному лечению у пациенток с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов не является:

- 1) пиосальпинкс и пиовар;
- 2) сочетание воспалительного процесса с новообразованием внутренних половых органов;
- 3) хронический сальпингоофорит с мелкокистозной дегенерацией яичников;
- 4) tuboовариальное образование, не поддающееся консервативному лечению.

96. Пельвиоперитонит – это:

- 1) перитонит, локализованный в области малого таза;
- 2) воспаление брюшины малого таза;
- 3) воспаление клетчатки малого таза;
- 4) воспаление серозного покрова матки.

97. Выберите симптомы, характерные для пельвиоперитонита:

- 1) боли в гипогастральной области;
- 2) парез кишечника;
- 3) положительный симптом Щеткина в гипогастральной области;
- 4) резкое вздутие живота;
- 5) напряжение мышц живота в гипогастральной области.

98. Методы лечения гинекологических пельвиоперитонитов все, кроме:

- 1) инфузионная внутривенная терапия;
- 2) антибактериальная терапия;
- 3) гормональная терапия;
- 4) лапароскопия с местной санацией очага инфекции;

5) лапаротомия с удалением первичного очага инфекции.

99. Развитие перитонита может быть обусловлено:

- 1) нарушением целостности стенок полых органов;
- 2) нарушением проницаемости стенки кишечника;
- 3) воспалением органов брюшной полости;
- 4) острым нарушением кровоснабжения внутренних органов;
- 5) всем перечисленным.

100. Перитонит – это воспаление:

- 1) висцеральной брюшины;
- 2) париетальной брюшины;
- 3) клетчатки малого таза;
- 4) верно (1) и (2);
- 5) всего перечисленного.

101. Причины развития послеоперационного перитонита:

- 1) инфицирование брюшной полости во время операции;
- 2) несостоятельность швов;
- 3) развитие некроза ткани дистальнее лигатуры при оставлении больших культей;
- 4) оставление инородного тела в брюшной полости;
- 5) все перечисленные.

102. Клинические признаки перитонита:

- 1) вздутие живота;
- 2) парез кишечника;
- 3) прогрессирующая тахикардия;
- 4) все перечисленные;
- 5) ни один из перечисленных.

103. Какие симптомы интоксикации характерны для перитонита:

- 3) тошнота;
- 4) рвота;
- 5) слабость;
- 6) профузный понос;
- 7) затрудненное дыхание.

104. Для токсической фазы перитонита характерно:

- 1) появление возбуждения;
- 2) изменение цвета кожных покровов;
- 3) появление рвоты;

- 4) появление икоты;
- 5) нарушение обменных процессов.

105. Для гинекологического перитонита характерно:

- 1) парез кишечника купируется при применении перидуральной анестезии;
- 2) высокая лихорадка;
- 3) поверхностное учащенное дыхание;
- 4) рвота;
- 5) тахикардия;
- 6) холодный пот.

106. При развитии разлитого перитонита в клинике перекрута ножки опухоли яичника, как правило, отмечается:

- 1) возвратность пареза кишечника;
- 2) недостаточная эффективность комплексной противовоспалительной терапии;
- 3) нарастание признаков интоксикации;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

107. Возможные изменения периферической крови у пациенток с разлитым перитонитом:

- 1) сдвиг формулы белой крови влево;
- 2) количество лейкоцитов несколько больше нормы;
- 3) лимфопения;
- 4) верно (1) и (2);
- 5) все перечисленные изменения.

108. Методы лечения гинекологических перитонитов все, кроме:

- 1) инфузионная внутривенная терапия;
- 2) антибактериальная терапия;
- 3) гормональная терапия;
- 4) лапароскопия с местной санацией очага инфекции;
- 5) лапаротомия с удалением первичного очага инфекции.

109. Инфузионную терапию у пациентки, оперированной по поводу перитонита, целесообразно начинать с введения:

- 1) эритроцитарной массы;
- 2) 5% раствора глюкозы;
- 3) плазмозаменителей;
- 4) солевых растворов;

5) верно (2) и (4).

110. Дренирование брюшной полости во время операции у пациентки с гнойным перитонитом необходимо:

- 1) для оттока гнойного экссудата;
- 2) введения антибактериальных препаратов;
- 3) брюшного лаважа;
- 4) верно (1) и (2);
- 5) для всего перечисленного.

111. Для лечения острого воспалительного процесса половых органов могут быть использованы все перечисленные комбинации препаратов, кроме:

- 1) доксициклин/цефотаксим;
- 2) ампициллин/тетрациклин;
- 3) клиндамицин/гентамицин;
- 4) клиндамицин/метронидазол;
- 5) доксициклин/метронидазол.

112. Экстренная госпитализация в гинекологический стационар показана во всех перечисленных ниже случаях, кроме:

- 1) перекрута ножки опухоли яичника;
- 2) рождения подслизистого миоматозного узла;
- 3) атипической гиперплазии эндометрия;
- 4) острого гнойного воспаления придатков матки;
- 5) внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Пациентка У., 26 лет, 15 октября поступила в гинекологическое отделение с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей с 10 октября, периодические боли в правой подвздошной области, головокружение. Последняя менструация была 6 сентября.

При осмотре с помощью зеркал выявлен легкий цианоз слизистой шейки матки, из наружного зева шейки матки темные кровянистые выделения. При двуручном гинекологическом исследовании – матка слегка увеличена, размягчена, болезненная при смещении кпереди. Левые придатки не изменены. Справа и сзади от матки пальпируются тестоватой консистенции, увеличенные и болезненные придатки. При пальпации свода влагалища отмечается умеренная болезненность.

Диагноз? Тактика?

Задача 2

Пациентка Л., 25 лет, обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота в течение 2-х недель и длительные мажущие темно-кровянистые выделения из половых путей. Последняя менструация 8 недель назад. Считала себя беременной, в беременности заинтересована.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации болезненный в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная. Шейка матки конической формы, чистая. Выделения темно-кровянистые, мажущие.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки соответствует 5-6 неделям беременности, несколько размягчено, безболезненно. Правые придатки в спайках, четко не пальпируются, область их безболезненна. Слева позади матки пальпируется образование неправильной формы, болезненное, размерами 12х10 см. Пальпация заднего свода резко болезненная.

Диагноз? Тактика?

Задача 3

Пациентка М., 28 лет, обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, которые появились внезапно. Было кратковременное обморочное состояние. Последняя менструация 2 недели назад.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. Артериальное давление 90/50 мм рт. ст. При пальпации передняя брюшная стенка несколько напряжена, симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Выделения светлые, слизистые.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Пальпация матки и придатков затруднена из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Пальпация заднего свода болезненная.

Диагноз? Тактика?

Задача 4

Пациентка Л., 42 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38°C в течение 2 дней. У гинеколога в течение 5 лет не наблюдалась.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 120/70 мм рт.ст. Температура 37,8°C. Катаральных явлений нет. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный над лонem. Симптомов раздражения брюшины нет.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Выделения светлые, слизистые.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Тело матки соответствует 10 неделям беременности, плотное, бугристое, на передней поверхности матки пальпируется субсерозный фиброматозный узел 5x4 см, болезненный, мягковатой консистенции. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна.

Диагноз? Терапия?

Задача 5

Пациентка К., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, тошноту, рвоту, которые появились вчера внезапно. В течение 2 лет страдает хроническим воспалением придатков матки.

Объективно: температура тела 37,3°C. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. Артериальное давление 110/70 мм рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот ограниченно принимает участие в акте дыхания. Определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, больше справа. Справа положительный симптом Щеткина.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Выделения светлые, слизистые.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Тело матки нормальных размеров, плотное, отклонено влево за счет образования, расположенного в области правых придатков и имеющего округлую форму, гладкую поверхность, тугоэластичную консистенцию, размерами 10х14 см. Образование резко болезненно при попытке к смещению. Левые придатки не определяются, область их безболезненна.

Диагноз? Тактика?

Задача 6

Пациентка К., 22 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи с жалобами на острые боли внизу живота, слабость, головокружение. Боли возникли внезапно после физической нагрузки. Дома было обморочное состояние. Последняя менструация 6 недель назад. От беременности предохранялась с помощью внутриматочной спирали.

Объективно: кожные покровы бледные, холодный пот. Пульс 100 уд/мин, артериальное давление 90/50 мм рт.ст. Симптомы раздражения брюшины положительные. Притупление перкуторного звука в боковых отделах живота.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная, чистая. Шейка матки конической формы, выделения незначительные темно-кровянистые.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт, при смещении шейки отмечается резкая болезненность. Тело матки соответствует 6 неделям беременности, несколько мягковатой консистенции, подвижное. В области правых придатков опухолевидное образование тестовой консистенции без четких контуров. Левые придатки не определяются, область их безболезненна. Задний свод влагалища выпячен, резко болезненный при пальпации.

Диагноз? Тактика?

Задача 7

Пациентка М., 35 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, повышение температуры тела до 39,5°C. Из анамнеза: заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку; температура тела повысилась до 37,5° С. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия вызвала скорую помощь и доставлена в гинекологическое отделение.

Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, последняя менструация 12 дней назад. Имела пять беременностей, из которых две завершились срочными родами, три - медицинскими абортами без осложнений. В течение 5 лет с целью контрацепции использует внутриматочную спираль.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 100 ударов в 1 минуту, удовлетворительных свойств, артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, резко болезненный в нижних отделах, больше в левой подвздошной области.

Гематологические показатели: гемоглобин 98 г/л, лейкоциты — $14,0 \times 10^9$ /л, СОЭ — 52 мм/ч, сдвиг формулы влево, лейкоцитарный индекс интоксикации — 4.

При осмотре в зеркалах: шейка матки гиперемирована, в цервикальном канале - нити ВМС, выделения гнойные.

При влагалищном исследовании: влагалище рожавшей. Шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, болезненное при пальпации, ограничено в смещении. Слева и сзади от матки пальпируется болезненный, неподвижный конгломерат размерами 12x10 см, неравномерной консистенции, правые придатки утолщены, болезненны.

Диагноз, основные направления этиотропной и патогенетической терапии? Врачебная тактика?

Задача 8

Пациентка К., 24 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота в течение 3-х дней, больше справа, иррадиирующие в правое бедро; повышение температуры тела до 39°C .

Из анамнеза: менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 17 лет, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе две беременности, закончившиеся медабортами. После второго медаборта осложнение - эндометрит. В данное время в качестве контрацепции применяет внутриматочную спираль. Гинекологические заболевания: хроническое воспаление придатков матки, послеабортный эндометрит.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст., пульс 102 уд/мин, ритмичный, температура тела $38,2^{\circ}\text{C}$.

Живот обычной формы, не вздут. При пальпации живота в правой подвздошной области и над лоном отмечаются локальная болезненность, локальное защитное напряжение прямых мышц живота, слабо положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика кишечника выслушивается во всех отделах.

При осмотре шейки матки в зеркалах: шейка матки субконической формы, гиперемирована, в цервикальном канале видны нити внутриматочной спирали, выделения гноевидные.

При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей. Шейка матки субконической формы, наружный зев закрыт. Тело матки в anteverso-flexio, несколько больше нормы, мягковатой консистенции, болезненное при пальпации, ограничено в смещении. Справа и сзади от матки пальпируется овоидной формы, болезненное образование размерами 5х4 см, неравномерной консистенции, левые придатки утолщены, болезненны при пальпации.

По данным УЗИ справа, в проекции придатков, визуализируется образование 5,0х3,5 см колбасовидной формы. Содержимое однородное, гипоехогенное. Возле образования визуализируется правый яичник размерами 3,6х3,0х2,5см. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве не выявлено.

Диагноз? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? Лечение?

Задача 9

Пациентка С., 31 года, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, чувство жара, озноб, слабость.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 112 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 38,8°C. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается напряжение прямых мышц живота и признаки раздражения брюшины.

При влагалищном исследовании отмечается болезненность при смещении шейки матки, справа и слева в области придатков матки определяются опухолевидные образования без четких границ, тугоэластической консистенции, интимно спаянные с маткой, неподвижные, резко болезненные при пальпации. Выделения из половых путей гноевидные в умеренном количестве.

Произведена лапаротомия. Во время операции обнаружено: мутный выпот, гиперемия париетальной и висцеральной брюшины, матка нормальной величины, обычного вида, плотная, яичники нормальных размеров, не изменены. Маточные трубы представляют собой пиосальпинксы с перфорацией, ампулярные концы спаяны с задней поверхностью матки.

Диагноз, объем оперативного лечения?

Задача 10

Пациентка З., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянную боль внизу живота, иррадиирующую в поясницу, повышение температуры до 38°C.

Объективно: пульс 104 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 39,4°C. Живот вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации в нижних отделах несколько напряженный, болезненный. Здесь же определяются симптомы раздражения брюшины.

При осмотре в зеркалах: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Из канала шейки матки гнойные выделения.

При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей. Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки четко не контурирует из-за резкой болезненности живота. Левые придатки не пальпируются, область их безболезненна. Справа и кзади от матки определяется образование размерами 12х7 см, плотное, бугристое, резко ограниченное в подвижности, болезненное.

Поставьте диагноз. Предложите план дальнейшего лечения больной.

Задача 11

Девочку 13,5 лет в течение 5-и месяцев беспокоят периодические боли в нижней половине живота.

Вторичные половые признаки развиты правильно. Половая формула: $Ma, Ax, P, Me.$

При пальпации живота определяется тугоэластичной консистенции образование, верхний полюс которого на 2 пальца выше лона.

При осмотре наружных половых органов: девственная плева выбухает, синюшно-багрового цвета. При ректоабдоминальном исследовании в малом тазу определяется тугоэластичное образование.

Предполагаемый диагноз. Обследование. Тактика лечения.

СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева. – М.: Мед. книга, 2003. – 184 с.
2. Василевская, Л.Н. Гинекология: учебник для медицинских вузов / Л.Н.Василевская, В.И. Грищенко, Н.А. Щербина и др. – М.: Феникс, 2007. – 618 с.
3. Гинекология: национальное руководство / Э.К.Айламазяна [и др.]; под общ.ред. Э.К.Айламазяна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1100 с.
4. Гинекология: учебник / под редакцией С.Н.Занько. – Минск: «Вышэйшая школа», 2010. – 640 с.
5. Гинекология: учебник для медицинских вузов/ под ред. Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 432 с.
6. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология, Выпуск 2 / под ред. В.И.Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 540 с.
7. Коколина, В.Ф. Детская гинекология: руководство для врачей. – М.: МИА, 2001. – 368 с.
8. Краснопольский, В.И. Гнойная гинекология. – В.И.Краснопольский, С.Н.Буянова, Н.А.Щукина. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 2-е изд., доп. – 304 с.
9. Кулаков, В.И. Оперативная гинекология / В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, С.Е.Белоглазова. – М.: МИА, 2006. – 640 с.
10. Оперативная гинекология / В.И.Краснопольский, С.Н.Буянова, Н.А.Щукина, А.А.Попов. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 320 с.
11. Подзолкова, Н.М. Дифференциальная диагностика в гинекологии. Симптом, синдром, диагноз: клиническое руководство / Н.М. Подзолкова, О.Л. Подзолкова, О.Л. Глазкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 520 с.
12. Рациональная антимикробная фармакотерапия: руководство для практических врачей / под ред. В.П.Яковлева. – М.: Литтера, 2003. – 235 с.
13. Сидоров, А.Е. Острый живот в гинекологии: метод. указания / А.Е.Сидоров, Т.Л.Смирнова, В.В.Чернышев. – Чебоксары: Новое время, 2012. – 92 с.
14. Сидорова, И.С. Внематочная беременность: клиническое руководство / И.С. Сидорова, Т.Д. Гурьев. – М.: Практическая медицина, 2007. – 96 с.
15. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / под ред. Г.М. Савельевой. – М.: МИА, 2006. – 720 с.
16. Стрижаков, А.Н. Принципы и этапы восстановительной терапии после трубной беременности // Акушерство и гинекология.– 1996. – №3. – С. 9–12.
17. Ярославский, В.К. Неотложная гинекология детей и подростков / В.К. Ярославский, Ю.А. Гуркин. – СПб.: Гиппократ, 1997. – 224 с.